BESTSELLER *NEW YORK TIMES*

SCOTT STOSSEL

ANXIETATEA

Scott Stossel oferă o descriere definitivă a anxietății… Această poveste trebuia spusă.

—ANDREW SOLOMON

O poveste personală despre frică, speranță și căutarea liniștii interioare

HUMANITAS

ANXIETATEA

Scott Stossel (n. 1969), jurnalist și editor american, absolvent al Universității Harvard, a publicat articole și eseuri în *The Atlantic*, *The New Yorker*, *The New Republic*, *The New York Times*, *The Wall Street Journal* etc. Cărțile sale – *Sarge: The Life and Times of Sargent Shriver* (2011) și *My Age of Anxiety: Fear, Hope, Dread, and the Search for Peace of Mind* (2014) – s-au bucurat de succes, iar în 2014 a primit Erikson Institute Prize for Excellence in Mental Health Media.

SCOTT STOSSEL

ANXIETATEA

O poveste personală despre frică, speranță și căutarea liniștii interioare

Traducere din engleză
de Vlad Vedeanu

HUMANITAS
BUCUREȘTI

Redactor: Mona Antohi
Coperta: Ioana Nedelcu
Tehnoredactor: Manuela Măxineanu
Corector: Andreea Niță
DTP: Florina Vasiliu, Veronica Dinu

Tipărit la Livco Design

Scott Stossel
My Age of Anxiety: Fear, Hope, Dread and the Search for Peace of Mind
Copyright © 2014, Scott Stossel
All rights reserved.

© HUMANITAS, 2019, pentru prezenta versiune românească

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Stossel, Scott
Anxietatea: o poveste personală despre frică, speranță și căutarea liniștii interioare / Scott Stossel; trad. din engleză de Vlad Vedeanu. – București: Humanitas, 2019
Conține bibliografie
ISBN 978-973-50-6575-1
I. Vedeanu, Vlad (trad.)
616

EDITURA HUMANITAS
Piața Presei Libere 1, 013701 București, România
tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51
www.humanitas.ro

Comenzi online: www.libhumanitas.ro
Comenzi prin e-mail: vanzari@libhumanitas.ro
Comenzi telefonice: 021/311 23 30

Pentru Maren și Nathaniel –
fie ca pe voi să vă cruțe

Cuprins

I. GHICITOAREA ANXIETĂȚII

1. Natura anxietății 11
2. Despre ce vorbim când vorbim despre anxietate?. 44

II. O ISTORIE A TULBURĂRILOR MELE INTESTINALE

3. Se mișcă ceva prin burtă 81
4. Anxietatea de performanță 116

III. MEDICAMENTE

5. „O mână de enzime“ 179
6. O scurtă istorie a panicii, sau cum medicamentele au creat o nouă tulburare. 212
7. Medicamentele și semnificația anxietății 236

IV. NATURĂ *VERSUS* CULTURĂ

8. Anxietatea de separare 269
9. Oameni care au tendința de a se îngrijora și oameni care pornesc la luptă: genetica anxietății 307
10. Epocile anxietății 345

V. SALVARE ȘI REZILIENȚĂ

11. Salvare 367
12. Reziliență . 385

Mulțumiri 397

Note. 401

Bibliografie 423

Partea I
GHICITOAREA ANXIETĂȚII

CAPITOLUL I
Natura anxietății

Și nici un Mare Inchizitor n-are la îndemână torturi atât de îngrozitoare ca anxietatea, nici un spion nu se pricepe să-și atace suspectul atât de perfid – exact în clipa când acesta este cel mai vulnerabil, sau să facă lațul în care să-l ademenească atât de ademenitor – cum se pricepe anxietatea. Și nici un judecător sagace nu știe să examineze [...] acuzatul ca anxietatea, fără să-l scape deloc, nici tu la distracție, nici tu să facă gălăgie, nici tu la muncă, nici tu ziua, nici tu noaptea.

— Søren Kierkegaard, *Begrebet Angest* (1844)[a]

...este clar că problema angoasei este un punct nodal la care se referă cele mai diferite și cele mai importante întrebări, o enigmă a cărei rezolvare ar trebui să arunce multă lumină asupra întregii noastre vieți psihice.

— Sigmund Freud, *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933)[b]

Am tendința nefericită de a ezita în momentele cruciale.

De exemplu, în fața altarului unei biserici din Vermont, așteptându-mi viitoarea soție să traverseze culoarul și să ne căsătorim, încep să mă simt înfiorător. Nu doar o senzație vagă de greață, ci mi-e extrem de rău și tremur – și, mai mult decât orice, transpir. În biserică e foarte cald – e început de iulie – și mulți oameni transpiră în costumele și rochiile lor de vară. Dar nu ca mine. Pe măsură ce se desfășoară ceremonia, pe frunte și deasupra buzei de sus încep să-mi apară broboane de sudoare. În fotografiile de

[a]) Søren Kierkegaard, *Conceptul de anxietate*, trad. de Adrian Arsinevici, Amarcord, Timișoara, 1998, p. 204 (n. tr.).

[b]) Sigmund Freud, *Teoria generală a nevrozelor*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esențiale*, vol. 1, Editura Trei, București, 2010, p. 438 (n. tr.).

nuntă se vede cum stau încordat în fața altarului, cu un zâmbet întunecat pe chip, privind cum logodnica mea traversează culoarul la brațul tatălui ei: în poze, Susanna e strălucitoare; eu sunt lucios. Până să mi se alăture în partea din față a bisericii, șuvoaie de transpirație îmi curg în ochi și mi se scurg pe sub guler. Ne întoarcem spre preot. În spatele lui sunt prietenii pe care i-am rugat să țină un discurs și văd că se uită la mine evident îngrijorați. *Ce se întâmplă cu el?* îmi închipui că se gândesc. *O să leșine?* Doar faptul că îmi imaginez aceste gânduri mă face să transpir și mai mult. Cavalerul meu de onoare, aflat la câțiva pași în spatele meu, mă bate pe umăr și îmi dă un șervețel cu care să mă șterg pe frunte. Prietena mea Cathy, care stă în ultimele rânduri ale bisericii, îmi va spune mai târziu că a avut un impuls puternic de a-mi aduce un pahar de apă; păream că tocmai încheiasem un maraton, mi-a zis ea.

Expresiile faciale ale celor care vor ține discursurile au trecut de la manifestarea unei îngrijorări moderate la ceea ce mie îmi pare groază nedisimulată: *O să moară?* Încep să mă întreb asta eu însumi. Fiindcă am început să tremur. Nu mă refer la un tremurat ușor, tipul de tremur subtil care nu s-ar vedea decât dacă aș avea în mână o hârtie – mă simt de parcă aș fi în pragul convulsiei. Mă concentrez să nu cad din picioare ca un epileptic și sper că pantalonii sunt destul de largi ca tremurul să nu fie prea evident. Mă sprijin acum de femeia care aproape îmi este soție – de ea nu se poate să-mi ascund tremurul –, iar ea face tot ce-i stă în puteri să mă susțină.

Preotul continuă să vorbească monoton; n-am idee ce spune. (Cum s-ar zice, nu sunt aici și acum.) Mă rog să se grăbească ca să scap de chin. Se oprește și se uită la mine și la logodnica mea. Când mă vede – lucind de transpirația care curge și cu panica în ochi – se alarmează. „Sunteți bine?" mă întreabă cu voce scăzută. Neajutorat, dau din cap că da. (Fiindcă ce ar face dacă aș spune nu? Ar da lumea afară din biserică? Rușinea ar fi insuportabilă.)

În timp ce preotul își reia slujba, eu mă lupt cu trei lucruri: tremurul membrelor, impulsul de a vomita și pierderea cunoștinței. Și mă gândesc: *Scoate-mă de aici.* De ce? Pentru că sunt aproape

300 de oameni – prieteni și rude și colegi – care se uită cum ne căsătorim, iar eu sunt pe cale să mă prăbușesc. Mi-am pierdut controlul asupra propriului corp. Ar trebui ca acesta să fie unul dintre cele mai fericite, mai importante momente din viața mea, iar eu sufăr. Îmi fac griji că nu voi supraviețui.

Transpirând, sfârșit, tremurând, mă străduiesc să duc la bun sfârșit ritualul căsătoriei (să spunem „Da", să ne punem verighetele, să sărut mireasa), sunt groaznic de îngrijorat că toți (părinții soției mele, prietenii ei, colegii mei), văzându-mă, probabil că-și spun: *Are îndoieli despre căsătorie? Să fie asta o dovadă a slăbiciunii lui fundamentale? A lașității lui? A nepotrivirii dintre ei?* Se confirmă, mă tem, orice îndoială pe care ar fi avut-o vreun prieten de-al soției mele. *Știam eu*, îmi imaginez că se gândesc acei prieteni. *Asta* demonstrează *că nu e demn să se însoare cu ea.* Arăt de parcă aș fi făcut duș cu hainele pe mine. Glandele mele sudoripare – fragilitatea mea fizică, slaba mea fibră morală – au fost revelate lumii. Nevrednicia existenței mele a fost expusă.

Din fericire, ceremonia se încheie. Lac de sudoare, traversez culoarul, agățat cu recunoștință de proaspăta mea soție, și, când ieșim din biserică, simptomele fizice acute intră în remisiune. Nu o să am convulsii. Nu o să leșin. Însă, în timp ce întâmpin lumea la restaurant și în timp ce beau și dansez la petrecere, mimez fericirea. Zâmbesc la cameră, strâng mâini – și îmi doresc să mor. Și de ce nu? Am eșuat într-una dintre cele mai elementare îndatoriri masculine: căsătoria. Cum am reușit să stric și asta? În următoarele 72 de ore îndur o disperare brutală, sfârtecătoare.

> *Anxietatea ucide relativ puțini oameni, dar mult mai mulți ar prefera moartea ca alternativă la paralizia și suferința provocate de anxietate în formele sale grave.* — David H. Barlow, *Anxiety and Its Disorders* (*Anxietatea și tulburările sale*) (2004)

Nunta mea nu a fost prima dată când m-am prăbușit și nu a fost nici ultima. La nașterea primului nostru copil, asistentele au trebuit să se oprească puțin din îngrijirea soției mele, aflată în chinurile facerii,

ca să se ocupe de mine, palid și căzut. Am încremenit pe scenă, mortificat, la lecturi și prezentări publice, iar în câteva ocazii am fost obligat să fug de pe scenă. Am abandonat întâlniri, am ieșit din examene și am avut căderi nervoase la interviuri pentru slujbe, în avion, în tren și în mașină sau mergând pur și simplu pe stradă. În zile obișnuite, făcând lucruri obișnuite – citind o carte, stând în pat, vorbind la telefon, participând la o ședință, jucând tenis –, am fost lovit de mii de ori de o senzație pătrunzătoare de groază existențială și am fost asaltat de greață, amețeală, tremur și nenumărate alte simptome fizice. În aceste situații, am fost convins uneori că moartea – sau altceva mai rău – e iminentă.

Chiar și când astfel de episoade acute nu mă chinuiesc activ, sunt copleșit de îngrijorare: pentru sănătatea mea și pentru sănătatea membrilor familiei mele; pentru economii; pentru muncă; pentru huruitul din mașina mea și apa care-mi picură la subsol; pentru apropierea bătrâneții și inevitabilitatea morții; pentru tot și nimic. Uneori, această îngrijorare se transformă într-un disconfort fizic minor – dureri de burtă, dureri de cap, amețeală, dureri de mâini și de picioare – sau o stare generală de rău, ca și cum aș avea mononucleoză sau gripă. Mi s-a întâmplat uneori ca anxietatea să inducă dificultăți de respirație, de înghițire, chiar și de mers; aceste dificultăți devin apoi obsesii care îmi consumă gândirea cu totul.

Sufăr și de unele frici specifice sau fobii. Pentru a numi câteva: spații închise (claustrofobie); înălțimi (acrofobie); leșin (astenofobie); să fiu departe de casă fără să mă pot întoarce (un tip de agorafobie); germeni (bacilofobie); brânză (turofobie); vorbit în public (o subcategorie a fobiei sociale); zbor (aerofobie); vomitat (emetofobie) și, normal, vomitat în avion (aeronausifobie).

Când eram mic și mama făcea Dreptul la seral, îmi petreceam serile acasă, cu o bonă, îngrozit de gândul abject că părinții mei au murit într-un accident de mașină sau că m-au abandonat (termenul clinic pentru asta e „anxietate de separare"); până la șapte ani lăsasem urme adânci în covorul din camera mea într-un du-te-vino neîncetat, încercând să fac prin voință ca părinții mei să se întoarcă acasă. În clasa întâi, luni întregi mi-am petrecut aproape

fiecare după-amiază în cabinetul medical, suferind de dureri de cap psihosomatice, implorând să mă duc acasă; până în clasa a III-a, durerile de burtă au înlocuit durerile de cap, dar am continuat să mă târăsc zilnic la infirmerie. În timpul liceului, pierdeam intenționat meciuri de tenis sau de squash pentru a scăpa de agonia anxietății pe care mi-o provocau acele situații competitive. La singura – unica – întâlnire pe care am avut-o în liceu, când domnișoara s-a apropiat pentru un sărut într-un moment romantic (eram afară, privind constelațiile prin telescopul ei), am fost copleșit de anxietate și a trebuit să mă retrag de teamă să nu vomit. Mi-a fost atât de rușine, încât nu i-am mai răspuns la telefon.

Pe scurt, de pe la vârsta de doi ani am fost un ghem spasmodic de fobii, frici și nevroze. Și, de la zece ani, când am fost dus pentru prima oară la un spital psihiatric pentru evaluare și am fost apoi trimis la un psihiatru pentru tratament, am încercat să-mi depășesc anxietatea prin diverse moduri.

Iată ce am încercat: psihoterapie individuală (timp de trei decenii), terapie de familie, terapie de grup, terapie cognitiv-comportamentală (TCC) (*cognitive-behavioral therapy* – CBT), terapie rațional-emotivă (TRE) (*rational emotive therapy* – RET), terapie prin acceptare și angajament (TAA) (*acceptance and commitment therapy* – ACT), hipnoză, meditație, joc de rol, terapie prin expunere interoceptivă, terapie prin expunere *in vivo*, terapie suportiv-expresivă, desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare (DRMO) (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR), manuale de *self-help*, masaj terapeutic, rugăciune, acupunctură, yoga, filozofie stoică și casete audio pe care le-am comandat după ce am văzut o reclamă difuzată la televizor noaptea târziu.

Și medicamente. Multe medicamente. Thorazine. Imipramine. Desipramine. Chlorpheniramine. Nardil. BuSpar. Prozac. Zoloft. Paxil. Wellbutrin. Effexor. Celexa. Lexapro. Cymbalta. Luvox. Trazodone. Levoxyl. Propranolol. Tranxene. Serax. Centrax. Sunătoare. Zolpidem. Valium. Librium. Ativan. Xanax. Klonopin.

De asemenea: bere, vin, gin, burbon, vodcă și scotch.

Iată ce a funcționat: nimic.

De fapt, asta nu e cu totul adevărat. Unele medicamente au ajutat puțin, pentru perioade limitate. Thorazine (un antipsihotic care înainte era clasificat ca sedativ puternic) și imipramina (antidepresiv triciclic) s-au asociat pentru a mă ajuta să nu ajung la spitalul de psihiatrie la începutul anilor '80, când urmam școala generală și eram răvășit de anxietate. Desipramine, un alt triciclic, m-a susținut când aveam douăzeci și ceva de ani. Paxil (un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei sau ISRS) (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) mi-a oferit aproximativ șase luni de reducere semnificativă a anxietății când aveam aproape 30 de ani, înainte ca frica să izbucnească din nou. Pe la treizeci și ceva de ani, cantități masive de Xanax, propranolol și vodcă (de-abia dacă) m-au ajutat să trec printr-un turneu de promovare a unei cărți și prin diverse lecturi publice și apariții la televizor. Un scotch dublu plus un Xanax și un Dramamine pot uneori, dacă sunt administrate înainte de decolare, să facă zborul tolerabil – iar două scotch-uri duble, administrate într-o succesiune suficient de rapidă, pot să ascundă groaza existențială, făcând-o să pară mai estompată și mai îndepărtată.

Dar nici unul dintre aceste tratamente nu a redus fundamental anxietatea subiacentă ce pare întrețesută în sufletul meu și integrată în corpul meu și care uneori îmi face viața mizerabilă. Pe măsură ce trec anii, speranța de a mă vindeca de anxietate a pălit și s-a transformat în dorința de a ajunge la o înțelegere cu ea, de a găsi un atribut care să o răscumpere sau un beneficiu care să amelioreze faptul că, prea adesea, sunt o epavă agitată, tremurândă și nevrotică.

Anxietatea este cea mai proeminentă caracteristică mentală a civilizației occidentale. — R.R. Willoughby, *Magic and Cognate Phenomena (Magia și fenomenele cogniției)* (1935)

Anxietatea și tulburările asociate acesteia constituie cea mai comună formă a bolilor mintale din clasificarea oficială de astăzi din SUA, mai răspândită chiar decât depresia și alte tulburări afective.

Conform Institutului Național de Sănătate Mintală (National Institute of Mental Health – NIMH), aproximativ 40 de milioane de americani, aproape unul din șapte dintre noi, suferă la un moment dat de o formă de tulburare anxioasă, însumând 31% din cheltuielile pentru sănătate mintală din SUA.[1] Conform datelor epidemiologice recente, „incidența din timpul vieții" a tulburării de anxietate este mai mare de 25% – ceea ce, dacă e adevărat, înseamnă că unul din patru dintre noi se poate aștepta să fie lovit de anxietate debilitantă la un moment dat în viață.[2] Și *este* debilitantă: cercetări recente susțin că perturbările psihice și fizice legate de faptul de a trăi cu o tulburare de anxietate sunt echivalente cu cele implicate în viața unui diabetic – gestionabile de obicei, uneori fatale și întotdeauna un chin. Un studiu[3] publicat în *The American Journal of Psychiatry* în 2006 a descoperit că, în fiecare an, americanii pierd în total 321 de milioane de zile de muncă din cauza anxietății și depresiei, ceea ce costă economia 50 de miliarde de dolari anual; un articol din 2001, publicat de Biroul American pentru Statistica Muncii, a estimat la un moment dat că în fiecare an muncitorii americani care suferă de anxietate sau tulburare de stres pierd în medie 25 de zile.[4] În 2005 – cu trei ani înainte de izbucnirea crizei economice recente – americanii au luat 53 de milioane de rețete pentru doar două medicamente anxiolitice: Ativan și Xanax.[5] (În săptămânile de după 9/11, rețetele pentru Xanax au crescut cu 9% la scară națională[6] – și cu 22% în orașul New York.) În septembrie 2008, criza economică a provocat în orașul New York o creștere masivă a numărului de rețete[7]: când băncile își dădeau duhul și bursa era în cădere liberă, numărul de rețete pentru medicamente antidepresive și anxiolitice a crescut cu 9% față de anul precedent, iar numărul de rețete pentru somnifere a crescut cu 11%.

Deși unii au susținut că anxietatea este o afecțiune foarte americană, nu doar americanii suferă de ea. Un raport[8] publicat în 2009 de Fundația pentru Sănătate Mintală din Marea Britanie a descoperit că 15% dintre oamenii care trăiesc în Anglia suferă în prezent de o tulburare de anxietate și că acest procent este în

creștere: 37% dintre britanici spun că se simt mai speriați decât se simțeau mai demult. Un articol[9] recent din *The Journal of the American Medical Association* a observat că, în multe țări, anxietatea clinică este cea mai frecventă tulburare afectivă. O analiză[10] globală cuprinzătoare a studiilor asupra anxietății, publicată în 2006 în *The Canadian Journal of Psychiatry*, a ajuns la concluzia că, la nivel mondial, un număr de până la unu din șase oameni vor fi afectați de o tulburare de anxietate pentru cel puțin un an la un moment dat în timpul vieții; alte studii au raportat descoperiri asemănătoare.[11]

Desigur, aceste numere se referă la oameni care, ca mine, conform unor criterii de diagnostic stabilite întru câtva arbitrar de Asociația Americană de Psihiatrie, sunt practic clasificabili ca fiind anxioși *clinic*. Dar anxietatea depășește cu mult populația celor bolnavi mintal din punct de vedere oficial. Rapoartele[12] medicilor de familie indică faptul că anxietatea este una dintre cele mai frecvente plângeri care aduc pacienții la cabinet – conform unora dintre ei, mai frecvent decât răceala obișnuită. Un studiu[13] din 1985, desfășurat la scară mare, a descoperit că anxietatea a determinat peste 11% dintre consultațiile la medicii de familie; un studiu din anul următor a raportat că până la unul din trei pacienți[14] se plângea medicului de familie de „anxietate severă". (Alte studii au raportat că 20% din pacienții[15] medicilor de familie din America iau benzodiazepine ca Valium sau Xanax.) Și aproape toată lumea a trăit la un moment dat chinurile anxietății – sau ale fricii sau stresului sau îngrijorării, fenomene diferite, dar înrudite. (Cei care nu pot resimți anxietatea sunt, în general, mai profund bolnavi – și mai periculoși pentru societate – decât cei care o resimt acut sau irațional; sunt sociopați.)

Puțini oameni de astăzi ar pune la îndoială că stresul cronic este o emblemă a timpurilor noastre sau că anxietatea a devenit un fel de condiție culturală a modernității. Trăim, după cum s-a spus de multe ori încă din zorii erei atomice, într-o epocă a anxietății – și asta, oricât ar fi de clișeu, pare să se fi adeverit și mai mult în ultimii ani, când America a fost asaltată fără întrerupere de

terorism, de catastrofe și perturbări economice și de transformări sociale masive.

Și totuși, până în urmă cu 30 de ani, anxietatea *per se* nu exista ca tulburare clinică. În 1950, când psihanalistul Rollo May a publicat *The Meaning of Anxiety* (*Semnificația anxietății*), a observat că până atunci doar doi alți oameni, Søren Kierkegaard și Sigmund Freud, au dedicat cărți întregi ideii de anxietate. În 1927, conform listării din *Psychological Abstracts*, au fost publicate doar trei articole academice despre anxietate; în 1941 erau doar 14; și până în 1950, doar 37. Prima conferință academică dedicată vreodată exclusiv subiectului anxietății a avut loc abia în iunie 1949. Și abia în 1980 – după ce noi medicamente pentru tratarea anxietății au fost dezvoltate și aduse pe piață – tulburările de anxietate au fost introduse în sfârșit în cea de-a treia ediție a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) publicat de Asociația Americană de Psihiatrie, înlocuind nevrozele freudiene. Se poate spune că tratamentul a precedat diagnosticul – adică descoperirea medicamentelor anxiolitice a dus la crearea anxietății ca diagnostic.

În ziua de azi, mii de articole despre anxietate se publică în fiecare an; mai multe reviste academice îi sunt dedicate în întregime. Cercetarea anxietății aduce constant noi descoperiri și intuiții nu numai despre cauzele și tratamentele anxietății, ci și, mai general, despre modul în care funcționează mintea – despre relația dintre minte și corp, dintre gene și comportament și dintre molecule și emoții. Folosindu-ne de tehnologia imagisticii prin rezonanță magnetică funcțională (RMNf) (*functional magnetic resonance imaging* – fMRI), putem acum să localizăm diverse emoții resimțite subiectiv în anumite părți ale creierului și putem chiar să facem diferența între diverse tipuri de anxietate în funcție de efectul lor vizibil asupra funcționării cerebrale. De exemplu, îngrijorarea generalizată pentru evenimente viitoare (să spunem, grija mea că industria editorială s-ar putea să nu supraviețuiască îndeajuns de mult timp pentru ca această carte să se lanseze sau că s-ar putea ca propriii mei copii să nu își permită să se ducă la

facultate) tinde să apară ca hiperactivitate la nivelul lobilor prefrontali ai cortexului cerebral. Anxietatea severă pe care o resimt unii oameni când vorbesc în public (asemenea groazei pure – amorțite de medicamente și alcool – pe care am trăit-o eu alaltăieri, în timpul unei prelegeri) sau pe care o încearcă persoanele extrem de timide când socializează tinde să apară ca activitate excesivă în ceea ce se numește cortex cingular anterior. În același timp, anxietatea obsesiv-compulsivă se poate manifesta la o tomografie ca perturbare a rețelei neuronale care leagă lobii prefrontali de centrii cerebrali inferiori de la nivelul ganglionilor bazali. Știm acum, datorită cercetării de pionierat desfășurate de specialistul în neuroștiințe Joseph LeDoux în anii '80, că cele mai multe emoții și comportamente de frică sunt într-un fel sau altul produse de – sau cel puțin procesate prin – amigdală, un organ micuț în formă de migdală de la baza creierului, care a devenit în ultimii cincisprezece ani ținta multor cercetări asupra anxietății din domeniul neuroștiințelor.

De asemenea, știm mult mai mult decât știau Freud sau Kierkegaard despre cum diferiți neurotransmițători – cum ar fi serotonina, dopamina, acidul gamma-aminobutiric, noradrenalina și neuropeptida Y – reduc sau amplifică anxietatea. Și știm că există un puternic element genetic al anxietății; începem chiar să învățăm destul de detaliat în ce constă acest element. În 2002, pentru a cita doar un exemplu din sute altele, cercetătorii de la Universitatea Harvard au identificat ceea ce media au numit „gena Woody Allen"[16] pentru că activează un anumit grup de neuroni din amigdală și din alte zone ale părților esențiale ale rețelei neuronale care controlează comportamentul de frică. Astăzi, cercetătorii se concentrează pe multe astfel de „gene-candidați", măsoară asociația statistică dintre anumite variații genetice și anumite tulburări de anxietate și explorează mecanismele chimice și neuroanatomice care „mediază" această asociație, încercând să descopere cu exactitate ce anume transformă o predispoziție genetică într-o emoție sau o tulburare de anxietate concretă.

„Adevăratul motiv de entuziasm aici, în studierea anxietății deopotrivă ca emoție și categorie de tulburări", spune dr. Thomas

Insel, directorul Institutului Național pentru Sănătate Mintală, „este că e unul dintre locurile în care putem începe să facem tranziția de la înțelegerea moleculelor, a celulelor și a sistemului la emoție și comportament. Acum putem în sfârșit să delimităm genele, celulele și creierul și sistemele cerebrale“[17].

Frica apare dintr-o slăbiciune a minții și, astfel, nu ține de uzul rațiunii. — Baruch Spinoza (cca 1670)

Și, cu toate progresele aduse de studiul neurochimiei și neuroanatomiei, propriile mele experiențe sugerează că domeniul psihologiei este în continuare sfâșiat de dispute legate de ce anume cauzează anxietatea și cum poate fi tratată. Psihofarmacologii și psihiatrii la care am fost mi-au spus că medicamentele sunt un *tratament* pentru anxietatea mea; terapeuții cognitiv-comportamentaliști la care am fost mi-au spus uneori că medicamentele sunt în parte o *cauză* a acesteia.

Conflictul dintre terapia cognitiv-comportamentală și psihofarmacologie nu este decât ultima versiune a unei dezbateri care durează de câteva milenii. Biologia moleculară, biochimia, analiza regresiei și imagistica prin rezonanță magnetică funcțională – toate aceste progrese au făcut posibile descoperiri și rigoarea științifică, și, totodată, modalități de tratament la care Freud și înaintașii săi din punct de vedere intelectual abia dacă puteau visa. Deși este adevărat ceea ce Thomas Insel de la NIMH spune despre cercetarea anxietății, și anume că este cel mai avansat stadiu al investigației științifice asupra psihicului uman, este la fel de adevărat și că, într-un sens important, nu e nimic nou sub soare.

Precedente ale terapeuților cognitiv-comportamentaliști pot fi găsite la Baruch Spinoza, filozoful evreu de origine olandeză din secolul al XVII-lea, care considera anxietatea ca fiind doar o problemă de logică. Gândirea greșită ne face să ne temem de lucruri pe care nu le putem controla, susținea Spinoza, anticipând cu peste 300 de ani argumentele terapeuților cognitiv-comportamentaliști

despre cogniţiile greşite. (Dacă nu putem controla un lucru nu are sens să ne temem de el, din moment ce frica nu rezolvă nimic.) Filozofia lui Spinoza pare să fi funcţionat pentru el; biografiile îl prezintă ca un individ remarcabil de senin. Cu aproximativ 1600 de ani înaintea lui Spinoza, filozoful stoic Epictet a anticipat aceeaşi idee despre cogniţiile greşite. „Oamenii nu sunt tulburaţi de lucruri, ci de perspectiva pe care o au asupra lor", scria el în secolul I; pentru Epictet, rădăcinile anxietăţii nu se află în biologia noastră, ci în modul în care înţelegem realitatea. Ameliorarea anxietăţii este o chestiune de „corectare a percepţiilor greşite" (după cum spun terapeuţii cognitiv-comportamentalişti). De fapt, se poate ca stoicii să fie adevăraţii strămoşi ai terapiei cognitiv-comportamentale. Când Seneca, un contemporan de-al lui Epictet, scria „Există mai multe lucruri care ne sperie decât care ne fac rău şi suferim mai mult de teamă decât suferim în realitate", prefigura cu 20 de secole ceea ce Aaron Beck, fondatorul oficial al terapiei cognitiv-comportamentale (CBT), va spune în anii '50.[i]

Precedentele intelectuale ale psihofarmacologiei moderne sunt chiar mai departe în trecut. Hipocrate, medicul grec din Antichitate, a ajuns în secolul al IV-lea î.Cr. la concluzia că anxietatea patologică era o problemă pur şi simplu biologică şi medicală. „Dacă deschizi capul [unui bolnav mintal]", scria Hipocrate, „descoperi că creierul este umed, plin de transpiraţie şi miroase urât". Pentru Hipocrate, „fluidele corporale" erau cauza nebuniei; o revărsare bruscă de bilă în creier provoacă anxietate. (Urmându-l pe Hipocrate, Aristotel a pus mare accent pe temperatura bilei: bila caldă stârneşte căldură şi entuziasm; bila rece provoacă anxietate şi laşitate). Din perspectiva lui Hipocrate, anxietatea şi alte tulburări psihiatrice erau probleme medico-biologice, cel mai bine tratate prin reechilibrarea umorilor.[ii]

---

[i]) Tot Seneca a fost cel care a anticipat întru câtva faimoasa maximă a lui Roosevelt: „Singurul lucru de care trebuie să ne fie frică este frica însăşi".

[ii]) Hipocrate credea că menţinerea sănătăţii fizice şi mintale impunea menţinerea echilibrului a ceea ce el numea cele patru umori sau fluide corporale: sânge, flegmă, bilă neagră şi bilă galbenă. Echilibrul relativ al umorilor

Dar Platon și discipolii săi credeau că viața psihică era independentă de fiziologie și nu erau de acord cu ideea că anxietatea sau melancolia aveau o bază organică în corp; modelul biologic al bolii mintale era, după cum a spus un filozof grec din Antichitate, „inutil ca povestea unui copil"[18]. În perspectiva lui Platon, deși medicii puteau uneori să ușureze afecțiuni psihice minore (pentru că problemele emoționale se reflectă uneori în corp), problemele afective profunde nu puteau fi abordate decât de filozofi. Anxietatea și alte neplăceri mintale nu apăreau din dezechilibre fiziologice, ci din dizarmonia sufletului; recuperarea impunea o mai profundă cunoaștere de sine, mai mult autocontrol și un mod de viață călăuzit de filozofie. Platon credea că (după cum a spus un istoric al științei) „dacă trupul și mintea unei persoane sunt în general în formă bună, poate să vină un doctor și să îndrepte un rău mic, așa cum cineva poate să cheme un instalator; dar dacă este afectat întregul material, doctorul este inutil"[19]. Filozofia, conform acestei perspective, era singura metodă adecvată pentru tratarea sufletului.

Prostii, a spus Hipocrate: „Tot ce au scris filozofii despre știința naturii nu se aplică medicinei mai mult decât picturii", a declarat el.[i20]

---

unei persoane determina temperamentul ei: dacă cineva cu o cantitate relativ mai mare de sânge putea avea un ten roșiatic și un temperament ager și „sangvin" și putea fi înclinat spre izbucniri temperamentale, cineva cu o cantitate relativ mai mare de bilă neagră putea avea pielea închisă la culoare și un temperament melancolic. O combinație optimă a umorilor (*eucrasia*) determina starea de sănătate; când umorile își pierdeau echilibrul (*dyscrasia*), rezultatul era boala. Deși teoria umorală a minții elaborată de Hipocrate este acum discreditată, s-a menținut timp de 2000 de ani, până în secolul al XVIII-lea, și persistă și astăzi modul în care folosim cuvintele „bilios" sau „flegmatic" pentru a descrie personalitățile oamenilor – și în abordarea biomedicală a anxietății și a bolilor mintale în general.

[i]) Sau a declarat cineva care l-a urmat. Majoritatea istoricilor consideră că ceea ce a ajuns la noi ca așa-numite scrieri hipocratice reprezintă de fapt creația mai multor doctori care l-au urmat pe Hipocrate. Unele texte din acest corpus par să fi fost redactate după moartea lui și se consideră că ar fi fost

Este anxietatea patologică o tulburare medicală, așa cum susțin Hipocrate și Aristotel și farmacologii moderni? Sau este o problemă filozofică, așa cum cred Platon și Spinoza și terapeuții cognitiv-comportamentaliști? Este o problemă psihologică, un produs al traumei din copilăriei și al inhibiției sexuale, așa cum consideră Freud și acoliții lui? Sau este o afecțiune spirituală, așa cum au afirmat Søren Kierkegaard și descendenții săi existențialiști? Sau, în sfârșit, este – așa cum au declarat W.H. Auden și David Riesman și Erich Fromm și Albert Camus și nenumărați comentatori moderni – o afecțiune culturală, o funcție a timpurilor în care trăim și a structurii societății noastre?

Adevărul e că anxietatea este în același timp o funcție a biologiei și filozofiei, a corpului și a minții, a instinctului și a rațiunii, a personalității și a culturii. În timp ce anxietatea este retrăită la un nivel spiritual și psihic, poate fi măsurată științific la nivel molecular și fiziologic. Este produsă de natură și este produsă de cultură. Este un fenomen psihologic și un fenomen sociologic. În termenii tehnologiei informatice, este deopotrivă o problemă de hardware (circuitele mele nu sunt bine montate) și o problemă de software (rulez programe greșite de logică care mă fac să am gânduri anxioase). Originea temperamentului are multe fațete; dispozițiile afective care par să aibă o sursă unică, simplă – o genă proastă, să spunem, sau o traumă din copilărie – s-ar putea să aibă mai multe. La urma urmei, cine poate afirma că lăudatul echilibru interior al lui Spinoza nu deriva mai puțin din filozofia lui cât din biologia lui? Nu se poate oare ca un nivel scăzut, programat genetic, de activare a sistemului nervos autonom să fi produs filozofia lui senină, și nu invers?

---

scrise de ginerele său Polybus; fiii lui Hipocrate, Dracon și Tesalus, au ajuns la rândul lor medici celebri. De dragul simplității, mă refer la scrierile lui Hipocrate ca fiind opera unui singur om, din moment ce de la el provine modul de gândire din aceste scrieri.

...nevrozele sunt generate nu numai de experiențele individuale accidentale, ci și de condițiile sociale specifice în care trăim... Este un destin individual, bunăoară, să ai o mamă despotică sau una care se „autosacrifică", dar numai în anumite condiții culturale găsim mame despotice sau mame care se autosacrifică... — Karen Horney, *The Neurotic Personality of Our Time* (1937)[a]

Nu trebuie să caut departe ca să găsesc dovezi că anxietatea este o trăsătură familială. Străbunicul meu Chester Hanford, care a fost mulți ani decan la Harvard, a fost internat la sfârșitul anilor '40 la Spitalul McLean, celebrul spital de boli psihice din Belmont, Massachusetts, suferind de anxietate acută. Ultimii 30 de ani din viața lui au fost adesea agonie. Deși medicamentele și tratamentele cu electroșocuri aduceau uneori remisiuni ale suferinței lui, astfel de răgazuri erau temporare, iar în cele mai întunecate momente din anii '60 era doar un ghem fetal în dormitorul lui, scoțând ceea ce părinții mei își amintesc drept gemete neomenești. Copleșită de responsabilitatea de a-l îngriji, soția lui, străbunica mea, o femeie formidabilă și sclipitoare, a murit în 1969 de o supradoză de scotch și somnifere.

Fiul lui Chester Hanford este bunicul meu din partea mamei. Acum în vârstă de 93 de ani, e un bărbat extrem de împlinit și, privit din afară, încrezător. Însă are un temperament predispus la îngrijorare și o mare parte din viață a fost împovărat de o colecție de ritualuri specifice tulburării obsesiv-compulsive (OCD), clasificată oficial ca un tip de tulburare anxioasă. De exemplu, nu iese niciodată dintr-o clădire decât pe ușa pe care a intrat, superstiție care duce uneori la manevre logistice complexe. Mama, la rândul ei, este foarte încordată și se îngrijorează cu înverșunare și suferă de multe dintre fobiile și nevrozele de care sufăr eu. Evită cu asiduitate înălțimile (lifturile de sticlă, telescaunele), vorbitul în public și asumarea celor mai multe tipuri de riscuri. La fel ca în cazul meu, vomitatul o sperie de moarte. Când era tânără suferea

[a]) Karen Horney, *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, Univers Enciclopedic, București, 2010, p. 10 (n. tr.).

de atacuri de panică frecvente și severe. În momentele de anxietate maximă (sau cel puțin așa susține tatăl meu, fostul ei soț), fricile ei frizau paranoia: când era însărcinată cu mine, spune tatăl meu, era convinsă că un ucigaș în serie într-un Volkswagen galben ne supraveghea apartamentul.[i] Celălalt copil al părinților mei, sora mea mai mică, se luptă cu o anxietate diferită de a mea, dar nu mai puțin intensă. Și ea a luat Celexa – și Prozac și Wellbutrin și Nardil și Neurontin și BuSpar. Nici unul nu a funcționat, iar astăzi ea este poate unul dintre puținii membri ai familiei din partea mamei care nu urmează un tratament psihiatric. (Diverse alte rude din partea mamei s-au bazat, la rândul lor, timp de mulți ani pe medicamente antidepresive și anxiolitice.)

Doar pe baza dovezilor acestor patru generații de rude din partea mamei (și există un adaos separat de psihopatologie din partea familiei tatălui meu, care bea până cădea lat cinci seri din șapte în cea mai mare parte din timpul ultimei perioade a copilăriei mele), nu este neîntemeiat să ajung la concluzia că am o predispoziție genetică la anxietate și depresie.

Însă aceste fapte, în sine, nu sunt hotărâtoare – fiindcă nu este oare posibil ca transmiterea anxietății de la o generație la alta din partea mamei să nu aibă nimic de-a face cu genele și să fie întru totul determinată de mediu? În anii '20, străbunicii mei au avut un copil care a murit din cauza unei infecții. Asta i-a devastat. Poate că această traumă și trauma de mai târziu de a fi avut mulți studenți care au murit în al Doilea Război Mondial au făcut să se rupă ceva în psihicul străbunicului meu – și, astfel, și în al bunicului meu. Bunicul meu era în școala primară când a murit fratele lui și își aduce aminte că stătea lângă micul sicriu când dricul îl ducea la cimitir. Poate că mama, la rândul ei, și-a căpătat anxietatea pentru că a fost martoră la superstițiile și obsesiile tatălui ei și la angoasa bunicului ei (ca să nu mai vorbim de îngrijirea anxioasă a mamei sale prăpăstioase); termenul psihologiei

[i]) Astăzi, mama și tata, divorțați acum de 15 ani, nu sunt de acord în privința gravității paranoiei: tata insistă că era semnificativă; mama susține că era minoră (și că, la drept vorbind, atunci chiar umbla liber un ucigaș în serie).

pentru asta este „modelare". Și poate că eu, observând fobiile mamei mele, le-am adoptat la rândul meu. Deși există dovezi substanțiale că anumite fobii – mai ales cele bazate pe frici care ar fi fost adaptative în stare naturală, cum ar fi fobia de înălțimi sau de șerpi sau de rozătoare – sunt transmisibile genetic, sau „păstrate în evoluție", nu este la fel de plauzibilă, dacă nu și mai plauzibilă, concluzia că am învățat să fiu fricos văzându-mi mama fricoasă? Sau că natura în general neliniștită a mediului psihologic din copilăria mea – bâzâitul anxios și constant al mamei, absența tatălui meu alcoolic, tumultul nefericit al căsniciei lor care urma să se încheie cu un divorț – a produs în mine o sensibilitate neliniștită asemănătoare? Sau că paranoia și panica mamei din perioada în care era însărcinată cu mine a produs în pântec o asemenea *Sturm und Drang* hormonală, încât eu am fost condamnat să mă nasc cu o tulburare nervoasă? Cercetările sugerează că este mai probabil ca mamele care suferă din cauza stresului în timpul sarcinii să aibă copii anxioși.[i] Thomas Hobbes, filozoful politic, s-a născut prematur când pe mama lui, îngrozită de vestea că Armada spaniolă avansa spre țărmul britanic, au apucat-o timpuriu chinurile facerii, în aprilie 1588. „Odată cu mine a venit pe lume și frica mea"[22], a scris Hobbes și a atribuit propriul temperament anxios nașterii premature induse de groaza mamei. Poate că punctul de vedere al lui Hobbes conform căruia un stat puternic trebuie să protejeze cetățenii de violența și suferința pe care și-o provoacă în mod natural unul altuia (viața, după cum memorabil a spus el, este neplăcută, brutală și scurtă) a avut ca fundament temperamentul anxios care i-a fost insuflat *in utero* de hormonii de stres ai mamei.

Sau anxietatea mea are rădăcini mai adânci și mai ample decât lucrurile pe care le-am trăit și genele pe care le-am moștenit – adică

[i]) Un studiu[21] a descoperit că acei copii care se aflau în pântec la 11 septembrie 2001 aveau încă la vârsta de șase luni niveluri ridicate de hormoni de stres în sânge. Descoperiri asemănătoare – care au evaluat copii încă nenăscuți și au descoperit apoi că aceștia au ajuns mai târziu în timpul vieții să aibă niveluri bazale mai ridicate de indicatori fiziologici de stres – au fost făcute în timpul războiului și în alte perioade haotice.

în istorie și în cultură? Părinții tatălui meu au fost evrei care au fugit de naziști în anii '30. Mama tatălui meu a devenit o dezagreabilă evreică antisemită – și-a renegat apartenența evreiască de frică să nu fie într-o zi persecutată pentru asta. Eu și sora mea mai mică am fost crescuți în credința Bisericii Episcopale, originea noastră evreiască fiindu-ne ascunsă până când eu am ajuns la facultate. Cât despre tatăl meu, toată viața a fost fascinat de al Doilea Război Mondial și mai ales de naziști; se uita iar și iar la emisiunea *The World at War*[a]. În amintirea mea, acel program, cu muzica tunătoare care acompania înaintarea naziștilor spre Paris, este fundalul sonor al copilăriei mele timpurii.[i] Evreii îndelung persecutați au, desigur, milenii de experiență cu motive de a fi speriați – ceea ce explică poate de ce unele studii au arătat că bărbații evrei suferă de depresie și anxietate într-un procent mai mare decât bărbații din alte grupuri etnice.[ii]

Pe de altă parte, moștenirea culturală a mamei a fost foarte WASP[b]; este o mândră descendentă *Mayflower*[c] care, până de curând, adera din toată inima la concepția că nu există emoție sau problemă de familie care să nu trebuiască reprimată.

---

[a]) Serie de filme documentare despre al Doilea Război Mondial, difuzată inițial între 1973 și 1976 (n. tr.).

[i]) Când mama era la cursurile serale de Drept, eu și sora mea ne petreceam serile învârtindu-ne de colo-colo prin casă, în timp ce tata cânta la pian câteva fugi de Bach, după care se așeza cu un castron de popcorn și o sticlă de gin la *The World at War*.

[ii]) Există de asemenea dovezi[23] că scorurile IQ mai înalte ale evreilor ashkenazi sunt cumva legate de rata ridicată de anxietate a acestui grup și există explicații evoluționiste plauzibile pentru faptul că inteligența și imaginația, deopotrivă, tind să fie aliatele anxietății. (Diverse studii au descoperit că IQ-ul mediu al evreilor ashkenazi este cu opt puncte mai mare decât cel al următorului grup etnic cu cele mai înalte scoruri, populația din nord-estul Asiei, și mai mare cu aproape o întreagă deviație standard decât alte grupuri europene.)

[b]) White Anglo-Saxon Protestant (protestant alb anglo-saxon), denumire a membrilor clasei sociale elitiste a americanilor cu ascendență britanică protestantă (n. tr.).

[c]) Descendenți ai pasagerilor navei *Mayflower*, care a adus în America primii puritani britanici (n. tr.).

Aşadar, eu: amestec de patologie evreiască şi WASP – un evreu nevrotic şi histrionic reprimat într-un WASP nevrotic şi refulat. Nu e de mirare că sunt anxios: sunt ca un Woody Allen închis într-un Jean Calvin.

Sau, la urma urmei, este anxietatea mea „normală" – un răspuns natural la timpurile în care trăim? Eram în şcoala generală când s-a lansat la televizor *The Day After*, filmul despre urmările distopice ale unui atac nuclear. Ca adolescent, aveam frecvent vise care se încheiau cu o rachetă ce brăzda cerul. Erau aceste vise dovezi de psihopatologie anxioasă? Sau o reacţie rezonabilă la condiţiile pe care le percepeam – la urma urmei, aceleaşi condiţii care i-au preocupat pe analiştii politicilor de apărare în anii '80? Războiul Rece, bineînţeles, s-a încheiat de mult – dar a fost înlocuit de ameninţarea avioanelor deturnate, bombe radioactive, terorişti cu bombe pe sub haine, atacuri chimice, antrax, ca să nu mai vorbim de SARS (sindromul acut respirator sever), gripa porcină, tuberculoza rezistentă la tratament, perspectiva apocalipsei induse de schimbările climatice şi stresul neîntrerupt provocat de o cădere economică planetară şi de o economie globală care trece prin schimbări aparent fără sfârşit. În măsura în care este posibil să măsurăm asemenea lucruri, erele de transformare socială par să producă o amplificare masivă a anxietăţii populaţiei. În epoca noastră postindustrială de incertitudine economică, când structurile sociale trec prin perturbări constante şi când rolurile profesionale şi de gen se schimbă întruna, nu este normal – chiar adaptativ – să fii anxios?

La un nivel, da, este – cel puţin în măsura în care întotdeauna, sau adesea, este adaptativ să fii rezonabil de anxios. Conform lui Charles Darwin (el însuşi suferind de o agorafobie incapacitantă care l-a obligat să stea în casă ani în şir după călătoria pe *Beagle*), speciile care „se tem bine" îşi cresc şansele de supravieţuire. Este mai puţin probabil ca noi, oamenii anxioşi, să ne eliminăm din fondul genetic zbenguindu-ne, să spunem, pe marginea prăpastiei sau devenind piloţi de vânătoare.

Un studiu[24] influent desfăşurat în urmă cu o sută de ani de doi psihologi de la Harvard, Robert M. Yerkes şi John Dillingham

Dodson, a demonstrat că niveluri moderate de anxietate *îmbunătățesc* performanța la oameni și animale: prea multă anxietate, evident, duce la scăderea performanței, dar și prea *puțină* anxietate determină scăderea performanței. În anii '50, când a explodat utilizarea medicamentelor anxiolitice, unii psihiatri au atras atenția asupra pericolelor unei societăți care nu este îndeajuns de anxioasă. „Ne vom confrunta atunci cu perspectiva de a dezvolta o rasă flască de oameni, ceea ce s-ar putea să nu fie prea bine pentru viitorul nostru"[25], a scris unul din ei. Alt psihiatru a subliniat că „Van Gogh, Isaac Newton: majoritatea geniilor și marilor creatori nu au fost senini. Erau oameni agitați, preocupați de sine, mânați de o forță internă neobosită și asaltați de neliniști"[26].

Reducerea la tăcere a unor astfel de genii este prețul pe care societatea ar trebui să-l plătească pentru reducerea semnificativă a anxietății, prin farmacologie sau altfel? Și este ăsta un preț care merită plătit?

„Fără anxietate, nu s-ar face prea multe"[27], spune David Barlow, fondator și director onorific al Centrului pentru Anxietate și Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston. „Performanța atleților, a oamenilor din showbiz, a celor cu putere executivă, a artizanilor și a studenților ar avea de suferit; creativitatea s-ar diminua; s-ar putea să nu fie semănate culturile. Și am ajunge cu toții la acea stare idilică după care tânjește societatea noastră rapidă de a ne trece viața la umbra unui copac. Asta ar fi la fel de mortal pentru specie ca războiul nuclear."

> *Am ajuns să cred că anxietatea însoțește activitatea intelectuală ca și cum ar fi umbra acesteia și că vom ști cu atât mai mult despre intelect cu cât vom ști despre natura anxietății.* — Howard Liddell, „The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis" („Rolul vigilenței în dezvoltarea nevrozei la animale") (1949)

Cu aproximativ 80 de ani în urmă, Freud a sugerat că anxietatea este „o enigmă a cărei rezolvare ar trebui să arunce multă lumină

asupra întregii noastre vieți psihice"[a]. Descifrarea misterelor anxietății, considera el, ne va fi de mare ajutor în dezlegarea misterelor minții: conștiință, sine, identitate, intelect, imaginație, creativitate – ca să nu mai vorbim de durere, suferință, speranță și regret. Pătrunderea și înțelegerea anxietății este, într-un anumit sens, pătrunderea și înțelegerea condiției umane.

Diferența dintre modul în care diverse culturi și epoci au perceput și au înțeles anxietatea ne poate spune multe despre acele culturi și epoci. De ce vedeau grecii antici și școala hipocratică anxietatea ca fiind în principal o afecțiune medicală, în timp ce filozofii iluminiști o vedeau ca o problemă intelectuală? De ce vedeau primii existențialiști anxietatea ca o afecțiune spirituală, în timp ce medicii din Gilded Age[b] o vedeau ca un răspuns tipic anglo-saxon – un răspuns care credeau că nu afectează societățile catolice – la stresul Revoluției Industriale? De ce vedeau primii freudieni anxietatea ca afecțiune psihică provocată de inhibiția sexuală, în timp ce propria noastră epocă tinde să o vadă, din nou, ca o afecțiune medicală și neurochimică, o problemă de disfuncție biomecanică?

Reprezintă aceste interpretări mersul înainte al progresului și științei? Sau doar modurile schimbătoare, ciclice, în care funcționează culturile? Ce ne spune despre aceste societăți faptul că americanii care vin la camera de gardă cu atacuri de panică tind să creadă că au un atac cardiac, în timp ce japonezii tind să creadă că o să leșine? Suferă iranienii care se plâng de ceea ce numesc „disconfort cardiac" de ceea ce psihiatrii occidentali ar numi atacuri de panică? Sunt acele *ataques de nervios* resimțite de sud-americani pur și simplu atacuri de panică cu o inflexiune latino – sau sunt, așa cum consideră acum cercetătorii moderni, un sindrom cultural și medical distinct? De ce tratamentele pentru anxietate care funcționează atât de bine pentru americani și francezi par să nu fie eficiente pentru chinezi?

---

[a]) Freud, *Prelegeri de introducere în psihanaliză*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esențiale*, vol. I, Editura Trei, București, 2017, p. 438 (n. tr.).

[b]) Perioadă din istoria Statelor Unite de la sfârșitul secolului al XIX-lea caracterizată de o creștere economică rapidă și afișare ostentativă a opulenței (n. tr.).

Fascinante și multifațetate cum sunt aceste idiosincrazii culturale, consecvența subiacentă a experiențelor de-a lungul timpului și în cadrul culturilor exprimă universalitatea anxietății ca trăsătură umană. Chiar filtrat prin practicile și credințele culturale specifice ale eschimoșilor din Groenlanda de acum o sută de ani, sindromul pe care ei îl numesc „angoasă de canoe" (cei afectați se temeau să se ducă singuri la vânătoare) pare să nu fie foarte diferit de ceea ce astăzi numim agorafobie. În scrierile antice ale lui Hipocrate pot fi găsite descrieri clinice ale anxietății patologice care sună foarte modern. Unul dintre pacienții lui era îngrozit de pisici (fobie simplă, care ar primi astăzi, în scopuri care țin de asigurările de sănătate, codul 300.29, conform celei de-a cincea ediții a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale – DSM-V*), iar un altul de lăsarea serii; un al treilea, relatează Hipocrate, era „copleșit de groază" ori de câte ori auzea un flaut; un al patrulea nu putea să meargă de-a lungul „unui șanț cât de mic", deși nu avea nici o problemă să meargă *prin* șanț – dovadă a ceea ce astăzi am numi acrofobie sau teamă de înălțimi. Hipocrate descrie și un pacient care suferea de ceea ce probabil s-ar numi în terminologia modernă tulburare de panică cu agorafobie (cod *DSM-V* 300.22): afecțiunea, după cum o descrie Hipocrate, „lovește în general afară, dacă persoana merge pe un drum singuratic și frica pune stăpânire pe ea". Sindroamele descrise de Hipocrate pot fi recunoscute ca aceleași fenomene clinice descrise în ultimele numere ale *Archives of General Psychiatry* și *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Asemănările acoperă distanța de milenii și circumstanțele care le separă și dau impresia, cu toate diferențele de cultură și context, că aspectele fiziologice ale anxietății ar putea fi un dat universal al experienței umane.

În această carte îmi propun să explorez „ghicitoarea" anxietății. Nu sunt medic, psiholog, sociolog sau istoric al științei – oricare dintre ei ar aduce o mai mare autoritate academică unui tratat despre anxietate decât o fac eu. Aceasta este o lucrare de sinteză și

informare care adună laolaltă analizarea ideii de anxietate din istorie, literatură, filozofie, religie, cultură populară și ultimele cercetări științifice – toate întreţesute prin ceva la care eu (vai mie!) pot spune că mă pricep foarte bine: propria mea experienţă în materie de anxietate. Examinarea profunzimilor propriei mele nevroze poate părea culmea narcisismului (iar studiile chiar arată că preocuparea de sine tinde să fie legată de anxietate), dar este un exerciţiu cu antecedente notabile. În 1621, Robert Burton, savant de la Oxford, a publicat cartea canonică *The Anatomy of Melancholy*[a], o impresionantă lucrare de sinteză de 1300 de pagini, ale cărei torente de exegeză nu ascund decât parţial ceea ce este de fapt: o litanie masivă de plângeri anxioase și depresive. În 1733, George Cheyne, un important medic londonez și unul dintre cei mai influenţi gânditori preocupaţi de psihologie din secolul al XVIII-lea, a publicat *The English Malady*, care include capitolul de 40 de pagini „Cazul autorului" (dedicat „confraţilor mei întru suferinţă"), în care vorbește extrem de detaliat despre propria nevroză (inclusiv despre „înfricoșare, neliniște, spaimă și teroare" și „o melancolică înfricoșare și panică, pentru care raţiunea nu-mi era de nici un ajutor") și despre simptomele fizice (printre care „o durere de cap bruscă și violentă", „patimă la stomac" și „colici neîncetate și un gust rău în gură") de-a lungul anilor. Mai recent, odiseea intelectuală a lui Charles Darwin, Sigmund Freud și William James a fost puternic impulsionată de curiozitatea lor și de dorinţa lor de a găsi ușurare pentru propria suferinţă anxioasă. Freud s-a folosit, printre altele, de fobia lui acută de tren și de ipohondria sa pentru a-și construi teoria psihanalizei; în urma călătoriei pe *Beagle*, Darwin a fost efectiv constrâns să nu iasă din casă din pricina tulburărilor legate de stres – a petrecut ani întregi căutând o ameliorare a anxietăţii sale, ducându-se în staţiuni balneare și, la sfatul unui medic, acoperindu-se cu gheaţă. James a încercat să-și ascundă de public fobiile, dar era adesea îngrozit în secret. „M-am trezit dimineţi la rând cu o groază oribilă în stomac și cu o senzaţie

[a]) Vezi și Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. de Iustina Croitoru, Editura Herald, București, 2016 (n. tr.).

de nesiguranță a vieții pe care nu o mai simțisem niciodată până atunci"[28], scria el în 1902, la debutul anxietății sale. „Luni întregi am fost incapabil să ies singur după căderea întunericului."

Spre deosebire de Darwin, Freud și James, eu nu-mi propun să schițez o întreagă nouă teorie a minții sau a naturii umane. Cartea de față este mai curând motivată de pornirea de a înțelege și de a ameliora sau de a răscumpăra suferința anxioasă. Această pornire m-a dus deopotrivă înapoi, în istorie, și înainte, la frontierele cercetării științifice moderne. Am petrecut o mare parte din ultimii opt ani citind sute de mii de pagini scrise în ultimii 3000 de ani despre anxietate.

Din viața mea au lipsit, din fericire, marile tragedii sau melodrame. Nu am fost la închisoare. Nu am fost în nici un centru de reabilitare. Nu am atacat pe nimeni și nu am încercat să mă sinucid. Nu m-am trezit dezbrăcat în mijlocul unui câmp, nu am stat într-o casă de drogați și nici nu am fost dat afară dintr-o slujbă pentru că m-aș fi purtat haotic. În ce privește psihopatologiile, a mea a fost – până acum, cea mai mare parte din timp, privind din afară – tăcută. Robert Downey Jr. nu o să joace în filmul biografiei mele. Sunt, după cum se spune în literatura clinică, „înalt funcțional" pentru cineva care are o tulburare anxioasă sau o boală psihică; de obicei mă pricep să o ascund. Destul de mulți oameni, dintre care unii cred că mă cunosc destul de bine, s-au arătat uimiți că eu, care par atât de așezat și imperturbabil, am ales să scriu o carte despre anxietate. Eu zâmbesc ușor, fierbând pe dinăuntru și gândindu-mă la ce am aflat că este semnătura caracteristică personalității fobice: „necesitatea și capacitatea" – așa cum descrie cartea de *self-help Your Phobia* – „de a păstra o aparență relativ calmă, neperturbată față de ceilalți în timp ce înăuntru trăiești o suferință extremă."[i]

---

[i]) „În cazul multor, multor persoane care au tulburări anxioase – în special agorafobie sau tulburare de panică – oamenii ar fi surprinși să afle că ei au probleme de anxietate, pentru că par atât de «așezați» și stăpâni pe situație", spune Paul Foxman, psihologul care conduce Centrul pentru Tulburări Anxioase din Burlington, Vermont. „Par să se simtă bine, dar sinele public și cel privat sunt deconectate."

Poate că unora li se pare că sunt calm. Dar dacă ai putea să vezi dincolo de aparențe, ai înțelege că sunt ca o rață – calc apa, calc apa, calc apa.

Principalul pacient de care mă ocup sunt eu însumi.

— Sigmund Freud către Wilhelm Fliess (august 1897)

Mi-a trecut prin minte că scrierea acestei cărți s-ar putea să fie o idee proastă: dacă tânjesc după ușurarea suferinței nervoase, atunci să mă îngrop în istoria și știința anxietății și în propriul meu psihic poate că nu e cea mai bună metodă de a reuși.

În călătoriile mele prin istoria anxietății, am dat peste o cărticică de *self-help* scrisă de un veteran britanic pe nume Wilfrid Northfield, care s-a îmbolnăvit de neurastenie în Primul Război Mondial și apoi a petrecut zece ani debilitat de anxietate, înainte de a reuși să se vindece și să scrie propriul ghid pentru recuperare. Publicată în 1933, *Conquest of Nerves: The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia* (*Cucerirea nervilor: relatarea încurajatoare a unui triumf personal asupra neurasteniei*) a devenit un bestseller; exemplarul meu este din a șasea ediție, din 1934. În ultimul capitol, „Câteva cuvinte de încheiere", Northfield scrie: „Există un lucru de care neurastenicul trebuie să se păzească din răsputeri, iar acesta este să vorbească despre necazurile lui. Nu obține astfel nici o consolare și nici un ajutor". Northfield continuă: „A vorbi despre necazuri într-un mod volubil, deznădăjduit, nu face decât să sporească agonia și să «exagereze» emoțiile. Nu numai atât, dar este și egoist". Citând un alt autor, ajunge la concluzia: „Să nu-ți arăți niciodată rănile decât unui medic".

Să nu-ți arăți niciodată rănile. Păi, după mai bine de 30 de ani de strădanii – reușite de cele mai multe ori – de a-mi ascunde anxietatea de oameni, o expun aici pe termen nelimitat pentru cunoștințe și străini deopotrivă. Dacă Northfield are dreptate (și îngrijorata mea mamă este de acord cu el), acest proiect nu prea are cum să fie de bun augur pentru sănătatea mea mintală. Elemente ale cercetării

moderne susțin avertismentul lui Northfield: oamenii anxioși au o tendință patologică de a-și concentra atenția în interior, asupra lor înșiși, într-un mod care sugerează că sălășluirea pe o perioadă cam de întinderea unei cărți în propria anxietate nu prea poate să fie o bună modalitate de a scăpa de ea.[i]

Mai mult decât atât, una dintre îngrijorările mele legate de scrierea acestei cărți este că am subzistat profesional bazându-mă pe capacitatea mea de a proiecta calm și control; anxietatea mă face conștiincios (mi-e frică să nu stric lucrurile), și rușinea mă poate face să par echilibrat (trebuie să ascund faptul că sunt anxios). Un fost coleg m-a descris o dată ca un „Xanax uman", spunându-mi, în timp ce eu chicoteam în sinea mea, că proiectez o asemenea liniște sufletească, încât simpla mea prezență poate avea un efect calmant asupra celorlalți: doar să intru într-o încăpere plină de oameni agitați înseamnă să administrez balsamul meu liniștitor; oamenii se relaxează în calea mea. Dacă ar fi știut! Dezvăluind înșelătoria presupusului meu calm, risc oare să pierd capacitatea de a-i liniști pe ceilalți și îmi compromit astfel poziția profesională?

Actualul meu terapeut, dr. W., spune că întotdeauna există posibilitatea ca dezvăluirea anxietății mele să anuleze povara rușinii și să reducă izolarea suferinței solitare. Când începe să mă sperie expunerea problemelor mele psihiatrice într-o carte, dr. W. spune: „Ți-ai ținut anxietatea secretă ani la rând, nu? Cât de bine funcționează asta?"

Are dreptate. Și există o bogată și convingătoare literatură despre cum – contrar sfaturilor lui Wilfrid Northfield (și ale mamei mele) – ascunderea sau reprimarea anxietății chiar produce *mai*

[i]) David Barlow, unul dintre cei mai proeminenți cercetători din acest domeniu, observă (în terminologia plină de jargon a specialiștilor) că focalizarea pe sine patologică, negativă „pare să fie o parte integrală a structurii cognitiv-afective a anxietății. Această concentrare autoevaluativă negativă și perturbare a atenției este în mare parte responsabilă pentru diminuarea performanței. Această reorientare a atenției contribuie la rândul său la un cerc vicios de aprehensiune în care amplificarea anxietății duce la alte reorientări ale atenției, la deficite mai mari de performanță și la creșterea ulterioară a nivelului de activare".

multă anxietate.[i] Dar nu am cum să scap de îndoiala că acest exercițiu nu este numai egoist și rușinos, ci și riscant – că va fi unul dintre acele momente ale lui Wile E. Coyote, în care mă uit în jos și descopăr că, în loc ca punctele mele forte sau proptelele din mediu să mă susțină, nimic nu mă împiedică de fapt să cad în prăpastie.

> *Știu cât de indecent și șocant este egocentrismul, precum și ca un autor să facă din sine subiectul cuvintelor sau operelor sale, cu precădere într-o asemenea plictisitoare și amănunțită privință: dar... m-am gândit... poate că nu ar fi cu totul zadarnic pentru vreo persoană cotropită, descurajată, îngrijorată de propria-i sănătate, al cărei caz poate fi întru câtva asemănător cu al meu.* — George Cheyne, *The English Malady (Boala engleză)* (1733)

„De ce", mă întreabă dr. W., „crezi că ar fi atât de rușinos să scrii într-o carte despre anxietatea ta?"

Pentru că tulburării mintale încă i se aplică un stigmat. Pentru că anxietatea este privită ca slăbiciune. Pentru că, așa cum scria fără menajamente pe semnele din bazele militare aliate din Malta din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, „dacă ești bărbat, stima de sine nu-ți va permite să recunoști că ai o nevroză de angoasă sau să arăți că ți-e frică". Pentru că îmi fac griji că această carte, cu dezvăluirile ei despre anxietate și chinuri, va fi o litanie de Prea Multă Informație, o violare a standardelor de bază ale reținerii și bunei-cuviințe.[ii]

Când îi explic asta doctorului W., spune că însuși faptul de a lucra la această carte și de a o publica poate fi terapeutic. Prezentându-mi anxietatea lumii, spune el, mă voi dezvălui. Implicația este că asta

---

[i]) Pe biroul din fața mea este un articol din 1997 din *Journal of Abnormal Psychology* intitulat „Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotions" („Ascunderea sentimentelor: efectele severe ale inhibării emoțiilor negative și pozitive").

[ii]) În timp ce scriu asta, pot să aud strădaniile a ceea ce s-ar putea să fie judecata mea mai sănătoasă: *Chiar dacă ai nefericirea de a fi excesiv de anxios, ai măcar demnitatea de a nu trăncăni despre asta în public. Afișează-te imperturbabil și nu spune nimănui.*

ar fi eliberator, ca și cum aș fi gay și aș recunoaște. Dar faptul de a fi gay – acum, în sfârșit, știm (homosexualitatea a fost clasificată ca tulburare psihică de Asociația Americană de Psihiatrie până în 1973) – nu este o slăbiciune sau un defect sau o boală. Să fii excesiv de neliniștit este.

Mult timp, stăpânit de reținere și rușine, le-am spus oamenilor care mă întrebau despre carte că era „o istorie culturală și intelectuală a anxietății" – adevărat, într-o anumită măsură –, fără să dezvălui aspectele personale ale acesteia. Dar cu puțin timp în urmă, în încercarea de a testa efectele „dezvăluirii" anxietății mele, am început ușurel să vorbesc mai direct despre ce era cartea: „o istorie culturală și intelectuală a anxietății, *bazată pe propria mea experiență legată de anxietate*".

Efectul a fost uimitor. Când am vorbit despre carte ca istorie aridă, oamenii dădeau din cap politicoși și, mai târziu, într-un cadru mai restrâns, câțiva mă trăgeau de limbă și îmi puneau întrebări specifice despre un aspect sau altul al anxietății. Dar când am început să recunosc părțile personale ale cărții, m-am trezit înconjurat de ascultători interesați, nerăbdători să-mi spună despre propria lor anxietate sau despre cea a membrilor familiilor lor.

Am fost într-o seară la o cină alături de mai mulți scriitori și artiști. Cineva a întrebat la ce lucram, iar eu mi-am ținut discursul („o istorie culturală și intelectuală a anxietății, *bazată pe propria mea experiență legată de anxietate*"), vorbind despre unele dintre experiențele mele cu diverse medicamente anxiolitice și antidepresive. Spre surprinderea mea, *fiecare dintre cei nouă oameni din apropiere* a răspuns povestindu-mi câte ceva despre propria sa experiență cu anxietatea și medicamentele.[i] Discuția s-a

[i]) De exemplu, S., scriitoare de nonficțiune de 30 și ceva de ani, a povestit că a luat Xanax și Klonopin pentru anxietate și cum a trecut de la Prozac la Lexapro pentru că Prozacul îi afecta libidoul. C., poet la 40 și ceva de ani, a spus că a trebuit să ia antidepresivul Zoloft pentru atacuri de panică. (Primul atac de panică al lui C. l-a trimis la camera de gardă, convins că era un atac de cord. Atacurile ulterioare, a spus el, „nu au fost la fel de grave fiindcă știi ce sunt – dar tot sunt înfricoșătoare, pentru că întotdeauna îți

purtat de-a lungul mesei, fiecare împărtășind propriile povești de suferință nevrotică.[i]

Am fost uluit că recunoașterea la cină a propriei mele anxietăți a provocat o asemenea avalanșă de mărturisiri personale de anxietate și farmacoterapie. De acord, eram alături de niște scriitori și artiști, o categorie evident mai predispusă, după cum au observat mulți de la Aristotel încoace, la diverse forme de boli psihice decât alți oameni. Așa că poate acele povești pur și simplu oferă dovezi că scriitorii sunt nebuni. Sau poate că poveștile sunt dovezi că industria farmaceutică a reușit să medicalizeze o experiență umană normală și să pună pe piață medicamente care să o

---

pui problema *Poate că de data asta* chiar *am un atac cardiac*". Unele studii epidemiologice au descoperit că o treime dintre adulții care au primul atac de panică ajung la camera de gardă.) K., romancieră, a spus că, în timp ce încerca să termine ultima ei carte, anxietatea s-a înrăutățit atât de mult, încât nu putea să muncească. Temându-se că înnebunea, s-a dus la psihiatrul ei, care i-a prescris Zoloft, care a îngrășat-o, și apoi Lexapro, care i-a amplificat anxietatea atât de mult, încât nu mai putea nici măcar să-și ia copiii de la școală.

[i]) După cină, m-a abordat o altă scriitoare. Această femeie – să-i spunem E. – este o corespondentă de război care călătorește în toată lumea și autoare de bestselleruri care are aproape 40 de ani și care, mi-a spus, suferă de o lungă listă de simptome depresive și anxioase (inclusiv de tricotilomanie, o tulburare care îi face pe oameni, mai ales pe femei, să-și smulgă compulsiv părul din cap în perioade stresante), pentru care un doctor i-a prescris antidepresivul Lexapro. M-am arătat uimit că E., în ciuda anxietății și depresiei ei, a reușit să călătorească în toată Africa și în Orientul Mijlociu, să transmită relatări din țări devastate de război, adesea riscându-și propria siguranță; pentru mine, simpla călătorie la mai mult de câteva mile de casă îmi poate provoca anxietate și diaree. „Mă simt mai calmă în zonele de război", a spus ea. „Știu că e pervers, dar mă simt mai calmă când zboară obuzele; e unul dintre puținele momente când *nu* simt anxietatea." Totuși, perioada în care așteaptă ca un editor să evalueze un articol pe care l-a trimis poate să o antreneze într-o spirală de anxietate și depresie. (Freud a observat că amenințările la adresa stimei noastre de sine și a conceptului de sine pot adesea să ne provoace o anxietate mult mai mare decât amenințările la adresa bunăstării noastre fizice.)

„trateze"[i]. Dar poate că mai mulți oameni decât credeam eu se luptă cu anxietatea.

„Da!" a spus dr. W. când m-am aventurat să-i împărtășesc această propunere la următoarea noastră ședință. Apoi mi-a spus o poveste personală: „Fratele meu era gazda unor întâlniri de salon unde erau invitați oameni care să vorbească despre diverse subiecte. Am fost rugat să vorbesc despre fobii. După prezentarea mea, fiecare dintre oamenii de acolo a venit să-mi spună despre propria fobie. Cred că cifrele oficiale, oricât sunt de mari, sunt mai mici decât în realitate".

După ce mi-a spus asta m-am gândit la Ben, cel mai bun prieten al meu din facultate, un scriitor bogat și de succes (onorează în mod obișnuit listele de bestselleruri și topurile box-office), al cărui doctor i-a prescris recent Ativan, o benzodiazepină, împotriva apăsării anxioase din piept care îl convinsese că suferă un atac de cord.[ii] Și m-am gândit la M., vecinul lui Ben, manager multimilionar al unui fond de investiții, care ia constant Xanax pentru atacurile lui de panică. Și la eminentul jurnalist politic, fostul meu coleg G., care în anii de după ce a ajuns la camera de gardă în urma unui episod de panică a luat diverse benzodiazepine pentru a preveni alte atacuri. Și la un alt fost coleg, B., a cărui anxietate l-a făcut să se bâlbâie la întâlniri de afaceri și să nu poată să realizeze proiectele de muncă până când nu a început să ia Lexapro.

Nu, nu toată lumea e copleșită de anxietate. Soția mea, de exemplu, nu este. (Slavă Cerului!) Barack Obama, din câte se știe, nu este. Nici, evident, David Petraeus, fostul comandant al forțelor SUA în Afganistan și fost director al CIA: i-a spus o dată unui reporter că, în ciuda faptului că are slujbe ale căror mize de zi cu zi

---

[i]) Ceva din toate astea este cu siguranță adevărat și voi avea multe de spus despre acest subiect în partea a treia a cărții.

[ii]) Deși acum Ben călătorește în lume și calcă pe covoare roșii și solicită zeci de mii de dolari pentru un discurs, încă îmi amintesc vremurile din anii de restriște de dinainte să-i apară prima carte, când era copleșit de atacuri de panică dacă se îndepărta prea mult de apartamentul lui și când perspectiva de a socializa la o petrecere îl făcea să se simtă atât de nervos, încât înainte de asta vomita în tufișurile de afară.

sunt probleme de viață și de moarte, „rar se întâmplă să se simtă stresat“[i29]. Cei mai buni fundași de fotbal american, ca Tom Brady și Peyton Manning, nu sunt copleșiți de anxietate, cel puțin nu pe teren.[ii] Unul dintre lucrurile explorate în această carte este motivul pentru care unii oameni sunt nefiresc de calmi, rămânând liniștiți chiar în situații extrem de tensionate, în timp ce alții sucumbă în fața panicii la cel mai mic semn de stres.

Cu toate astea, destul de mulți dintre noi chiar suferă de anxietate, astfel încât poate că să scriu despre anxietatea mea n-ar trebui să fie un motiv de rușine, ci o ocazie de a oferi alinare unora dintre milioanele de oameni care suferă la rândul lor de această afecțiune. Și, poate, așa cum dr. W. îmi reamintește adesea, exercițiul va fi terapeutic. „Poți să te vindeci prin scris“, spune el.

Totuși, sunt îngrijorat. Tare. E în natura mea. (În afară de asta, după cum mi-au spus mulți oameni, cum ai putea să *nu* fii anxios scriind o carte despre anxietate?)

Dr. W., în ceea ce-l privește, spune: „Pune-ți anxietatea legată de carte în carte“.

Pe parcursul evoluției, funcția de planificare a sistemului nervos a culminat cu apariția ideilor, valorilor și plăcerilor – manifestările unice ale vieții sociale a omului. Numai omul poate face planuri pentru viitorul îndepărtat și poate trăi retrospectiv plăcerile reușitei. Numai omul poate fi fericit. Dar numai omul poate fi îngrijorat și anxios.

— Howard Liddell, „The Role of Vigilance in the Development of Animal Neurosis“ („Rolul vigilenței în dezvoltarea nevrozei la animale“) (1949)

---

[i]) Poate i-ar fi fost mai bine dacă ar fi resimțit mai acut stresul – o intensitate mai mare a îngrijorării în privința consecințelor ar fi putut împiedica adulterul care a dus la căderea lui.

[ii]) Nu că rezistența și calmul pe teren ar garanta stăpânirea de sine. Terry Bradshaw, celebrul fundaș al echipei Steelers de la sfârșitul anilor '70, era un gladiator neînfricat care a ajuns debilitat de depresie și atacuri de panică. Earl Campbell, masivul, impunătorul atacant al Houston Oilers din anii '70, s-a trezit, zece ani mai târziu, că nu mai putea să iasă din casă din cauza atacurilor de panică.

Între toate intuițiile în privința istoriei și culturii pe care le poate oferi un studiu al anxietății, există oare ceva care poate să-l ajute pe individul care suferă de anxietate? Putem noi – pot eu – să reducem anxietatea sau să ne împăcăm cu ea înțelegându-i valoarea și sensul?

Sper că da. Dar când am un atac de panică, nu e nimic interesant la el. Încerc să mă gândesc la el analitic și nu pot – este doar mizerabil de neplăcut și vreau să se oprească. Un atac de panică este interesant așa cum este interesant un picior rupt sau o piatră la rinichi – o durere care vrei să se termine.

Cu niște ani în urmă, înainte să mă apuc serios de cercetarea pentru acest proiect, am luat să citesc în avion o carte științifică despre fiziologia anxietății, într-o călătorie cu avionul de la San Francisco la Washington, D.C. Zburând lin deasupra Vestului, eram cufundat în carte și simțeam că ajung la o cunoaștere intelectuală a fenomenului. *Deci*, mă gândeam în timp ce citeam, *ceea ce provoacă această emoție groaznică pe care o simt uneori este pur și simplu o activitate agitată a amigdalei mele? Toate sentimentele acelea de damnare și groază sunt doar clocotirea neurotransmițătorilor în creierul meu? Asta nu pare foarte intimidant.* Înarmat cu această perspectivă, m-am gândit în continuare: *Pot stăpâni materia cu puterea minții și pot să readuc simptomele anxietății la locul lor – este doar fiziologie obișnuită – și pot să exist pe lume într-un mod mai calm. Sunt aici, zburând extrem de rapid la o altitudine de 11.500 de metri, și nici măcar nu sunt prea neliniștit.*

Apoi au început turbulențele. Nu erau prea grave, dar, legănându-ne deasupra Munților Stâncoși, orice perspectivă sau înțelegere la care credeam că aș fi ajuns a devenit instantaneu inutilă; reacția mea de frică a apărut și, în ciuda faptului că înghițeam Xanax și Dramamine, am fost terifiat și m-am simțit groaznic până când am aterizat, câteva ore mai târziu.

Anxietatea mea este un memento că sunt stăpânit de fiziologia mea – că lucrurile care se întâmplă în corp pot să influențeze mai mult ce se întâmplă în minte decât invers. Deși gânditorii de la Aristotel la William James și cercetătorii care publică astăzi în

revista *Psychosomatic Medicine* au recunoscut acest fapt, este împotriva unuia dintre principiile fundamentale, platonic-carteziene, ale gândirii occidentale – ideea că persoana noastră, modul în care gândim și percepem reprezintă un produs al sufletului sau intelectului nostru necorporal. Concretețea brută, biologică, a anxietății pune la îndoială sentimentul identității noastre: anxietatea ne reamintește că suntem, asemenea animalelor, prizonieri în propriul trup care se va degrada și va muri și va înceta să existe. (Nu e de mirare că suntem anxioși.)

Și totuși, în timp ce anxietatea ne aruncă înapoi în sinele nostru cel mai primitiv, în sinele reptilian condus de impulsul de fugă-sau-luptă, este și ceea ce ne face să fim mai mult decât animale. „Să fi fost animal sau înger", scria Kierkegaard în 1844, „omul n-ar fi putut fi anxios. Fiind însă o sinteză, el poate fi anxios; cu cât mai adâncă îi este anxietatea, cu atât mai mare este și omul" [ed. rom. cit., p. 203 – n. tr.]. Capacitatea de a te îngrijora pentru viitor merge mână în mână cu planificarea viitorului – iar planificarea viitorului (laolaltă cu amintirea trecutului) este ceea ce dă naștere culturii și ne separă de alte animale.

Pentru Kierkegaard, la fel ca pentru Freud, amenințările care provocă cea mai mare anxietate nu se află în lumea din jurul nostru, ci în profunzimile noastre – în incertitudinea noastră legată de alegerile existențiale pe care le facem și în frica noastră de moarte. Confruntarea cu această frică și riscul disoluției propriei identități amplifică sufletul și împlinește sinele. „Pe de altă parte, aș putea zice că fiecare om ar trebui să treacă printr-o asemenea aventură ca să învețe să fie anxios și ca să nu se piardă fiindcă n-a încercat niciodată anxietatea, ori fiindcă s-a scufundat în anxietate", scria Kierkegaard. „Astfel, cel care a învățat să fie anxios cum trebuie a învățat cel mai înalt lucru." [*ibid.* – n. tr.]

A învăța cu adevărat să fii în anxietate. Păi, încerc. Această carte este o parte din acest efort.

CAPITOLUL 2
Despre ce vorbim când vorbim despre anxietate?

Deși este bine știut faptul că anxietatea este cel mai răspândit fenomen psihologic al zilelor noastre [...], nu există deloc un acord sau, dacă există, este minor, în privința definiției acesteia și nu s-a făcut nici un progres sau, dacă s-a făcut, este nesemnificativ, în privința evaluării acesteia.

— Paul Hoch, președinte al Asociației Americane de Psihopatologie, într-un discurs ținut cu ocazia primei conferințe academice despre anxietate (1949)

Pentru cercetători și pentru nespecialiști, aceasta este epoca anxietății [...]. [Dar] putem susține cu onestitate că înțelegerea noastră în privința anxietății a cunoscut o creștere proporțională cu eforturile masive de cercetare sau că este mai bine înțeleasă?
Noi credem că nu.

— „The Nature of Anxiety: A Review of Thirteen Multivariate Analyses Comprising 814 Variables" („Natura anxietății: o analiză a 13 studii care cuprind 814 variabile"), *Psychiatric Reports* (decembrie 1958)

Angoasa nu este simplu de conceptualizat.

— Sigmund Freud, *Hemming, Symptom und Angst* (1926)[a]

La 16 februarie 1948, la 3:45 după-amiază, străbunicul meu Chester Hanford, care, după ce a ocupat 20 de ani funcția de decan la Harvard College, s-a retras pentru a-și dedica întregul timp muncii acade-

[a]) Vezi și Sigmund Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. de Roxana Melnicu și Georgeta Mitrea, în *Opere esențiale*, vol. 6, Editura Trei, București, 2010, p. 306 (n. tr.).

mice în calitate de profesor de științe politice („cu o atenție aparte asupra politicilor locale și municipale", cum îi plăcea să spună), a fost internat la spitalul McLean cu un diagnostic provizoriu de „psihonevroză" și „depresie reactivă". În vârstă de 56 de ani când a fost internat, principalele plângeri ale lui Chester erau insomnia, „sentimente de anxietate și tensiune" și „frici în privința viitorului". Descris de directorul spitalului drept un „om conștiincios și în general foarte eficient", Chester fusese timp de cinci luni într-o stare de „anxietate de un grad destul de sever". În noaptea anterioară venirii la McLean, îi spusese soției lui că voia să se sinucidă.

31 de ani mai târziu, la 3 octombrie 1979, la 8:30 dimineața, părinții mei – îngrijorați că eu, în vârstă de zece ani și în clasa a cincea, aveam în ultima vreme noi ticuri alarmante și ciudățenii de comportament care se adăugau evitării obsesive a germenilor și anxietății acute de separare și fobiei de vomitat – m-au dus la același spital de psihiatrie pentru evaluare. O echipă de experți (un psihiatru, un psiholog, un asistent social și câțiva tineri rezidenți de psihiatrie care au stat ascunși în spatele unei oglinzi prin care puteau vedea și care m-au privit cum răspund la interviuri și la testul Rorschach) m-a diagnosticat cu „nevroză fobică" și „tulburarea de reacție supraanxioasă a copilăriei" și a observat că, fără tratament, eram supus unui risc semnificativ de a dezvolta „nevroză de angoasă" și „depresie nevrotică" pe măsură ce înaintam în vârstă.

25 de ani după *asta*, la 13 aprilie 2004, la ora 2:00 după-amiaza, eu, având acum 34 de ani și lucrând ca redactor-șef la revista *The Atlantic* și temându-mă de publicarea primei mele cărți, m-am prezentat la renumitul Centru pentru Anxietate și Tulburări Asociate de la Universitatea Boston. După o întâlnire de câteva ore cu un psiholog și doi studenți și după ce am completat zeci de pagini de chestionare (printre care, am aflat mai târziu, Depression Anxiety Stress Scales [Scalele de depresie, anxietate și stres] și Social Interaction Anxiety Scale [Scala anxietății sociale], Penn State Worry Questionnaire [Chestionarul de îngrijorare Penn State] și Anxiety Sensitivity Index [Indexul sensibilității la anxietate], am primit diagnosticul principal de „tulburare de panică cu agorafobie" și

diagnosticele auxiliare de „fobie specifică" și „fobie socială". Clinicienii au notat în raportul lor și că scorurile mele la chestionare indicau „niveluri moderate de depresie", „niveluri ridicate de anxietate" și „niveluri ridicate de îngrijorare".

De ce atât de multe diagnostice diferite? S-a schimbat atât de mult natura anxietății mele între 1979 și 2004? Și de ce eu și străbunicul meu nu am primit aceleași diagnostice? Din descrierea aflată în dosarul său, aspectul general al sindromului lui Chester Hanford era teribil de asemănător cu al meu. Oare „nivelurile [mele] ridicate de anxietate" erau într-adevăr atât de diferite de „sentimentele de anxietate și tensiune" și de „fricile în privința viitorului" care îl afectau pe străbunicul meu? Și, oricum, cine, în afară de aceia dintre noi care sunt cel mai bine adaptați sau care sunt sociopați, *nu* simte „frici în privința viitorului" sau nu suferă de „sentimente de anxietate și tensiune"? Ce anume, dacă există ceva care să facă asta, îi separă pe cei care sunt vizibil anxioși „clinic", ca străbunicul meu și ca mine, de anxioșii „normali"? Nu suntem noi toți, consumați de zbuciumul societății capitaliste – ca o consecință a faptului că suntem vii, supuși întotdeauna capriciului și violenței naturii și celorlalți și inevitabilității morții –, la un anumit nivel „psihonevrotici"?

Tehnic, nu; de fapt, nimeni nu mai este. Diagnosticul pe care l-a primit Chester Hanford în 1948 nu mai exista în 1980. Iar diagnosticul pe care l-am primit eu în 1979 nu mai există astăzi.

În 1948, „psihonevroza" era termenul Asociației Americane de Psihiatrie pentru ceea ce această organizație, odată cu lansarea în 1968 a celei de-a doua ediții a bibliei psihiatrilor, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică* (*Diagnostic and Statistical Manual – DSM-II*), a numit oficial ca fiind doar „nevroză" și ceea ce, de la publicarea celei de-a treia ediții (*DSM-III*), în 1980, a fost numit „tulburare de anxietate"[i].

Această terminologie în continuă evoluție este importantă pentru că, de-a lungul anilor, definițiile – la fel ca simptomele,

[i]) Tulburările de anxietate s-au menținut pe parcursul publicării *DSM-III-R* (în 1987), *DSM-IV* (în 1994), *DSM-IV-TR* (în 2000) și *DSM-V* (în 2013).

ratele incidenței, cauzele presupuse, semnificațiile culturale și tratamentele recomandate – asociate acestor diagnostice s-au schimbat odată cu denumirile. Emoția neplăcută care în urmă cu 2500 de ani era asociată cu *melaina chole* (termenul elin pentru „bilă neagră") a fost de atunci descrisă, în succesiuni uneori suprapuse, ca „melancolie", „angoasă", „ipohondrie", „isterie", „vapori", „spleen", „neurastenie", „nevroză", „psihonevroză", „depresie", „fobie", „anxietate" și „tulburare de anxietate" – și asta fără să mai punem la socoteală termenii colocviali ca „panică", „îngrijorare", „groază", „teamă", „aprehensiune", „nervi", „neliniște", „irascibilitate", „epuizare", „agitație", „neastâmpăr", „draci", „obsesie", „stres" și pur și simplu „frică". Și asta doar în engleză, unde cuvântul „anxietate" este rar întâlnit în manualele de psihologie sau medicină de dinaintea anilor '30, când traducătorii au început să redea germanul *Angst* (așa cum apare în lucrările lui Sigmund Freud) ca „anxietate"[i].

Ceea ce ne face să ne întrebăm: despre ce vorbim când vorbim despre anxietate?

Răspunsul nu este direct – sau, mai degrabă, depinde pe cine întrebi. Pentru Søren Kierkegaard, care scria la jumătatea secolului al XIX-lea, anxietatea (*angst* în daneză) era o problemă spirituală și filozofică, o neliniște vagă și, în același timp, inevitabilă, fără o cauză directă și evidentă.[ii] Pentru Karl Jaspers, filozoful și

---

[i]) Sunt dezbateri care durează de mult timp între psihologi și filologi despre diferențele dintre, să spunem, *angoisse* și *anxiété* (ca să nu mai vorbim despre *inquiétude*, *peur*, *terreur* și *effroi*) în franceză și dintre *Angst* și *Furcht* (și *Angstpsychosen* și *Ängstlichkeit*) în germană.

[ii]) Kierkegaard, fiul unui comerciant danez de lână, a fost primul om care a scris o carte întreagă despre anxietate fără să fie medic. Cu aproximativ 50 de ani înaintea lui Freud, Kierkegaard a făcut diferența între anxietate și frică, definind-o pe prima ca neliniște vagă, difuză, neprovocată de un pericol concret sau „real". Tatăl lui Kierkegaard s-a dezis de Dumnezeu (de fapt, L-a blestemat), iar tânărul Søren a fost foarte preocupat dacă să creadă sau să-L respingă pe Cristos; libertatea de a alege între aceste două opțiuni – și neputința de a ști sigur care este corectă – era ceea ce Kierkegaard considera izvorul nesecat al anxietății. În această privință, Kierkegaard a argumentat în aceeași manieră

psihiatrul german care a scris influentul manual din 1913 *Allgemeine Psychopathologie* (*Psihopatologie generală*), aceasta era „legată de obicei de un *puternic sentiment de neliniște* [...], un sentiment că persoana [...] nu a terminat ceva; sau [...] că trebuie să caute ceva sau [...] să scape de ceva"[1]. Harry Stack Sullivan, unul dintre cei mai remarcabili psihiatri americani din prima jumătate a secolului XX, scria că anxietatea e „ceea ce persoana simte când stima de sine este amenințată"; Robert Jay Lifton, unul dintre cei mai influenți psihiatri ai celei de-a doua jumătăți a secolului XX, definește anxietatea în mod asemănător ca „presimțire a ceva rău, senzație care apare dintr-o amenințare a vitalității sinelui sau, mai grav, din anticiparea fragmentării sinelui"[2]. Pentru Reinhold Niebuhr, teologul din epoca Războiului Rece, anxietatea era un concept religios – „precondiția internă a păcatului [...], descrierea interioară a stării de a fi ispitit"[3]. În ceea ce-i privește, mulți

ca Blaise Pascal, predecesor al său din secolul al XVII-lea și camarad întru anxietate. De asemenea, Kierkegaard a dat naștere, mai mult sau mai puțin, existențialismului; succesorii săi din secolul XX ca psihiatrul Karl Jaspers și filozoful-romancier Jean-Paul Sartre, printre alții, vor pune în mod asemănător întrebări despre alegere, sinucidere, angajament și anxietate.

Când omul își pierde credința în Dumnezeu și în rațiune, consideră existențialiștii asemenea lui Kierkegaard și Sartre, se trezește în derivă în univers, așadar în derivă în anxietate. Însă pentru existențialiști, ceea ce genera anxietatea nu era lipsa de dumnezeire a lumii, *per se*, ci, mai degrabă, libertatea de a alege între Dumnezeu și lipsa dumnezeirii. Deși libertatea este ceva ce căutăm activ, libertatea de alegere generează anxietate. „Când îmi privesc posibilitățile", scria Kierkegaard, „resimt acea groază a libertății amețitoare, și îmi fac alegerea speriat și tremurând".

Mulți oameni încearcă să scape de anxietate ferindu-se de alegere. Asta ajută la înțelegerea atracției aparent perverse a societăților autoritariste – certitudinile unei societăți rigide, lipsită de alegeri, pot fi foarte reconfortante – și acesta este motivul pentru care perioadele tulburi produc atât de des lideri și mișcări extremiste: Hitler în timpul Republicii de la Weimar din istoria germană, părintele Coughlin din timpul marii crize economice din America sau, astăzi, Jean-Marie Le Pen în Franța și Vladimir Putin în Rusia. Dar fuga de anxietate, considera Kierkegaard, este o greșeală, pentru că anxietatea este o „școală" care îi învață pe oameni să se împace cu condiția umană.

medici – începând cu Hipocrate (în secolul IV î.Cr.) și Galenus (în secolul II d.Cr.) – au susținut că anxietatea clinică este pur și simplu o afecțiune medicală, o boală fizică care are cauze organice într-un mod la fel de evident, sau aproape la fel de evident, ca durerea în gât sau diabetul.

Mai sunt și cei care spun că anxietatea este inutilă ca noțiune științifică – susțin că este o metaforă imprecisă care se străduiește să descrie un spectru prea larg de trăiri umane pentru a putea fi cuprinse într-un singur cuvânt. În 1949, la prima conferință academică dedicată anxietății, președintele Asociației Americane de Psihopatologie a deschis ședința recunoscând că, deși toată lumea știa că anxietatea era „cel mai răspândit fenomen psihic al zilelor noastre"[4], oamenii nu prea puteau să se pună de acord în privința a ceea ce anume e sau cum să fie măsurată. 15 ani mai târziu, la conferința anuală a Asociației Americane de Psihiatrie, Theodore Sarbin, psiholog eminent, a sugerat că „anxietatea" ar trebui eliminată din limbajul clinic. „Termenul subiectiv și plin de conotații «anxietate» și-a depășit utilitatea"[5], a declarat el. (Bineînțeles că de atunci înainte utilizarea termenului nu a făcut decât să se răspândească.) Mai recent, Jerome Kagan, psiholog la Harvard, poate cel mai bun specialist din lume în anxietate ca trăsătură de temperament, a susținut că aplicarea aceluiași cuvânt – „anxietate" – „la senzații (că inima bate tare sau de încordare musculară înainte de a ajunge într-o mulțime de necunoscuți), la descrieri semantice (îngrijorare în privința întâlnirii cu oameni străini), la comportamente (expresii faciale încordate în contexte sociale), la stări cerebrale (activarea amigdalei la expresii faciale furioase) sau la o dispoziție cronică de îngrijorare (tulburare de anxietate generalizată) împiedică progresul"[6].

Cum putem face progrese științifice sau terapeutice dacă nu reușim să ne punem de acord în privința a ceea ce este anxietatea?

Până și Sigmund Freud, inventatorul, mai mult sau mai puțin, al ideii moderne de nevroză – un om pentru care anxietatea era o cheie, dacă nu chiar *cheia*, conceptul de temelie al teoriei sale psihopatologice –, s-a contrazis în mod repetat pe parcursul carierei

sale. La început, a spus că anxietatea apare din impulsurile sexuale sublimate (libidoul refulat, scria el, se transforma în anxietate „ca vinul în oțet").[i][7] Într-o etapă mai târzie din cariera sa, a susținut că anxietatea provine din conflicte psihice inconștiente.[ii] Într-o etapă ulterioară din viața sa, în *Inhibiție, simptom, angoasă*, Freud scria: „Este aproape rușinos că după o lucrare atât de lungă mai găsim încă dificultăți în conceperea raporturilor fundamentale"[9].

Dacă însuși Freud, sfântul protector al anxietății, nu a putut defini acest concept, cum aș putea eu?

Frica ascute simțurile. Anxietatea le paralizează.

— Kurt Goldstein, *The Organism: A Holistic Approach to Biology* (*Organismul: o abordare holistică a biologiei*) (1939)

Definițiile standard din dicționare fac frica („emoție neplăcută provocată de convingerea că cineva sau ceva este periculos, că poate provoca durere sau reprezintă o amenințare") și anxietatea („sentiment de îngrijorare, nervozitate și neliniște, legat de obicei

---

[i]) Unele dintre primele scrieri ale lui Freud asupra acestui subiect reduc anxietatea la biomecanică pură: anxietatea nevrotică, specula el, era în principal rezultatul energiei sexuale refulate. Format ca neurolog (primele sale cercetări fiind despre sistemul nervos al țiparilor), Freud adera la principiul constanței, conform căruia sistemul nervos uman tinde să încerce să reducă sau măcar să mențină constantă cantitatea de „excitație" pe care o conține. Activitatea sexuală – orgasmul – era principalul mijloc prin care corpul descărca tensiunea excesivă.

Astfel de convingeri despre relația dintre tensiunea sexuală și anxietate au un precedent în Antichitate. Medicul roman Galenus relatează că a tratat prin „stimulare manuală a vaginului și clitorisului"[8] o pacientă al cărei creier credea că era afectat de putrefacția lichidelor sexuale neeliberate. Pacientei „i-a plăcut mult asta", spune Galenus, „și a curs mult lichid și a fost vindecată".

[ii]) Apoi o generație de acoliți și oameni care-și doreau să-i fie succesori s-au certat în privința motivelor acelor conflicte: Karen Horney a spus „nevoile de dependență", Erich Fromm a spus „nevoile de siguranță", iar Alfred Adler a spus „nevoia de putere".

de un eveniment sau de o întâmplare cu urmări incerte") să pară relativ sinonime. Dar pentru Freud, frica (*Furcht* în germană) are un obiect concret – leul care te fugărește, lunetistul inamic care a pus ținta pe tine sau chiar cunoașterea consecințelor faptului că s-ar putea să ratezi lovitura liberă crucială din ultimul moment al unui meci important de baschet –, anxietatea (*Angst*) nu are. Conform acestei perspective, frica, atunci când apare în mod adecvat, este sănătoasă; anxietatea, adesea „irațională" și „liber flotantă", nu este.[i]

„Când unei mame îi este teamă că fiul ei va muri dacă are o simplă bubuliță sau o ușoară răceală, atunci vorbim de anxietate; dar dacă îi este teamă că fiul ei va muri când este grav bolnav, numim reacția ei frică"[10], scria Karen Horney în 1937. „Dacă cineva se teme ori de câte ori este undeva sus sau când trebuie să vorbească despre un subiect pe care îl cunoaște bine, numim această reacție anxietate; dacă se teme când se rătăcește pe munte în timpul unei furtuni puternice, vorbim despre frică. (Horney a elaborat această deosebire spunând că întotdeauna știi când ți-e frică, dar se poate să fii anxios fără să știi.)

În scrierile de mai târziu ale lui Freud, el a înlocuit deosebirea dintre frică și anxietate cu deosebirea dintre „anxietatea normală" (definită ca anxietate legată de o amenințare reală și care poate fi productivă) și „anxietatea nevrotică" (anxietate provocată de probleme sexuale nerezolvate sau de conflicte psihice, anxietate patologică și contraproductivă).

Deci sunt eu, cu fobiile și îngrijorările mele și cu agitația mea generală, anxios „nevrotic"? Sau doar anxios „normal"? Care e diferența dintre anxietatea „normală" și anxietatea ca problemă clinică? Ce face diferența între neliniștea adecvată și chiar utilă pe care, să spunem, o resimte un student la Drept înainte de examenul de intrare în barou sau un jucător junior de baseball înainte de a lovi mingea și simptomele cognitive și fizice tulburătoare care însoțesc tulburările de anxietate așa cum sunt oficial definite

[i]) Această viziune freudiană despre *Angst* are o kierkegaardiană „calitate de indefinit și lipsă a obiectului".

de psihiatria modernă începând din anii '80: tulburarea de panică, tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) (*post-traumatic disorder* – PTSD), fobia specifică, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) (*obsessive-compulsive disorder* – OCD), tulburarea anxioasă socială, agorafobia și tulburarea anxioasă generalizată?

Pentru a face deosebirea dintre „normal" și „clinic" și pentru a diferenția unele de altele diversele sindroame clinice, cam toată lumea din întregul domeniu al sănătății mintale se bazează pe *Manualul de diagnostic și clasificare statistică* al Asociației Americane de Psihiatrie (ajuns acum la recent publicata ediție a cincea, *DSM-V*). *DSM*-ul definește sute de tulburări psihice, le clasifică în funcție de tip și enumeră, cu detalii care par deopotrivă absurd de precise și total aleatorii, simptomele (cât de multe, cât de des și cât de grave) pe care un pacient trebuie să le prezinte pentru a primi un anumit diagnostic psihiatric. Toate astea dau diagnosticării unei tulburări anxioase aparența validității științifice. Dar realitatea este că există aici multă subiectivitate (deopotrivă din partea pacienților, în descrierea simptomelor, și a clinicienilor, în interpretarea acestora). Studii[11] asupra *DSM-II* au descoperit că, atunci când doi psihiatri consultau același pacient, puneau același diagnostic din *DSM-II* doar între 32% și 42% din cazuri. Fidelitatea evaluărilor s-a îmbunătățit de atunci, dar diagnosticarea multor tulburări psihice este în continuare, în ciuda pretenției că lucrurile ar sta altfel, mai degrabă artă decât știință.[i]

Să ne gândim la relația dintre anxietatea clinică și depresia clinică. Asemănările fiziologice dintre anumite forme de anxietate clinică (în special tulburarea anxioasă generalizată) și depresie clinică sunt considerabile: și depresia, și anxietatea sunt asociate cu niveluri ridicate ale hormonului de stres cortizol și au unele trăsături neuroanatomice comune, printre care diminuarea hipocampusului și a altor regiuni cerebrale. Au aceleași rădăcini ge-

[i]) Luptele înverșunate pentru revizuirile *DSM-V* – care au inclus denunțarea publică a acestei ediții de către șeful echipei de cercetători care a realizat *DSM-III* și *DSM-IV* – sugerează că diagnosticarea psihiatrică s-ar putea să fie mai degrabă o chestiune de politică și marketing decât artă sau știință.

netice, în special la nivelul genelor asociate producerii anumitor neurotransmiţători, cum ar fi serotonina şi dopamina. (Unii geneticieni spun că nu pot să găsească nici o deosebire între depresia majoră şi tulburarea anxioasă generalizată.) De asemenea, anxietatea şi depresia au o bază comună în sentimentul lipsei stimei de sine şi al autoeficacităţii. (Sentimentul că nu ai control asupra propriei vieţi este calea obişnuită deopotrivă pentru anxietate şi depresie.) Mai mult, nenumărate studii au arătat că stresul – variind de la îngrijorările legate de muncă la divorţ, la doliu la trauma de război – contribuie masiv atât la frecvenţa tulburărilor anxioase şi depresiei, cât şi la hipertensiune, diabet şi alte afecţiuni medicale.

Dacă tulburările anxioase şi depresia sunt atât de asemănătoare, de ce facem diferenţa între ele? De fapt, timp de câteva mii de ani, nu am făcut-o: medicii tindeau să pună anxietatea şi depresia laolaltă sub termenii-umbrelă de „melancolie" sau „isterie"[i]. Printre simptomele pe care Hipocrate le-a pus în secolul IV î.Cr. pe seama *melaina chole* se numărau cele pe care astăzi le asociem deopotrivă cu depresia („tristeţea", „descurajarea morală" şi „tendinţa de sinucidere") şi cu anxietatea („frică de lungă durată"). În 1621, în *Anatomia melancoliei*, Robert Burton scria cu o precizie clinică pe care cercetarea modernă o confirmă că anxietatea era pentru durere „o soră, *fidus Achates* [paj devotat] şi însoţitor nelipsit, ajutor şi agent principal în cauzarea acestui neajuns; cauză şi simptom al celeilalte"[ii][13]. E un dat – spun asta din experienţă – că

---

i) Unii istorici ai ştiinţei înglobează toate sindromele acestei „matrice a simptomelor de suferinţă" – simptome psihice ca îngrijorarea şi tristeţea şi disconfortul, precum şi simptome fizice, ca durerile de cap, oboseala, durerea de spate, insomnia şi tulburările intestinale – în categoria largă a „tradiţiei stresului"[12]. „Stresul" se poate referi deopotrivă la stresul psihic şi la cel fizic, sub forma „stresului" pus pe sistemul nervos biologic despre care medicii au început să creadă din secolul al XVIII-lea că provoca „tulburarea nervoasă".

ii) Burton scria că de-a lungul zilei melancolicii „sunt întruna înspăimântaţi de vreun obiect terifiant şi sfâşiaţi de suspiciune, frică, durere, nemulţumiri, griji, ruşini, angoasă etc., tot atâtea lucruri dincolo de puterea lor, încât nu pot să fie liniştiţi nici o oră, nici un minut"[14].

este deprimant să fii grav anxios. Anxietatea poate să interfereze cu relațiile tale, să-ți afecteze performanța, să-ți restrângă viața și să-ți limiteze posibilitățile.

Linia care desparte seria de tulburări pe care Asociația Americană de Psihiatrie le înglobează la capitolul „depresie" de seria de tulburări pe care le înglobează la capitolul „tulburări anxioase" – și, în această privință, linia care desparte sănătatea mintală de boala mintală – pare să fie un artefact în aceeași măsură al politicii și culturii (și marketingului) pe cât este al științei. De fiecare dată când sfera unei anumite tulburări psihiatrice scade sau crește în definiția din *DSM*, acest fapt are semnificative efecte ramificate asupra a orice, de la despăgubirile oferite de casele de asigurări la profiturile companiilor producătoare de medicamente și la perspectivele de carieră ale terapeuților din diferite domenii și subspecializări. Destul de mulți psihiatri și critici ai industriei medicamentelor îți vor spune că tulburările anxioase nu există în natură, ci au fost inventate de complexul industrial-farmaceutic pentru a extrage bani de la pacienți și de la companiile de asigurări. Diagnostice precum tulburarea anxioasă socială sau tulburarea anxioasă generalizată, spun acești critici, transformă emoții umane normale în patologii, boli pentru care pot fi oferite în mod profitabil medicamente. „Nu lăsa ca întreaga ta viață să fie redusă la sintagme ca depresie clinică, tulburare bipolară sau tulburare anxioasă"[15], spune Peter Breggin, psihiatru instruit la Harvard, care a devenit un adversar feroce al industriei farmaceutice.

Fiind eu însumi diagnosticat cu câteva dintre aceste tulburări, pot spune că suferința pe care o provoacă nu e inventată; anxietatea mea, care uneori poate fi debilitantă, este reală. Dar oare simptomele mele nervoase alcătuiesc neapărat o *boală*, o *tulburare psihiatrică*, așa cum susțin *DSM*-ul și companiile farmaceutice? Nu se poate ca anxietatea mea să fie doar un răspuns emoțional specific uman și normal la viață, chiar dacă răspunsul este poate întru câtva mai sever în cazul meu decât este pentru alții? Cum faci diferența între „normal" și „clinic"?

Te-ai putea aștepta ca progresele științifice recente să facă mai precis și mai obiectiv diferența între anxietatea normală și cea

clinică – și, cu siguranță, în anumite privințe au făcut-o. Specialiștii în neuroștiințe, utilizând tehnologia imagisticii prin rezonanță magnetică funcțională (RMNf) care le permite să observe în timp real activitatea mentală prin faptul că măsoară fluxul sangvin oxigenat către diferite regiuni cerebrale, au realizat sute de studii care demonstrează că există asociații între anumite emoții trăite subiectiv și anumite tipuri de activitate fiziologică observabilă pe tomografia cerebrală. De exemplu, anxietatea acută apare în general la RMNf ca hiperactivitate a amigdalei, acea structură micuță de forma unei migdale aflată în profunzimea lobilor temporali mediali, aproape de baza craniului. Reducerea anxietății este asociată cu diminuarea activității amigdalei și cu amplificarea activității cortexului frontal.[i]

Toate astea par să arate că ar trebui să poți să identifici anxietatea, să-i măsori intensitatea pe baza a ceva asemănător razelor X – că ai putea să faci diferența între anxietatea normală și patologică în același mod în care prin razele X se poate face diferența între o gleznă fracturată și una luxată.

Doar că nu poți. Există oameni la a căror tomografie apar semne fiziologice specifice anxietății (amigdala lor se colorează ca răspuns la stimuli care induc stres), dar care îți vor spune că nu se *simt* anxioși. Mai mult, creierul unui subiect din cadrul cercetării care este excitat sexual la un film pornografic se va colora la RMN cam în același mod în care o face ca răspuns la un eveniment declanșator de frică[16]; aceleași componente cerebrale interconectate – amigdala, cortexul insular și cortexul cingular anterior – se vor activa în ambele cazuri. Un cercetător care se uită la două tomografii cerebrale fără să știe contextul în care au fost făcute s-ar putea să nu fie capabil să precizeze care imagine reprezintă răspunsul la frică și care la excitație sexuală.

Când razele X arată un femur fracturat, dar pacientul spune că nu simte durere, diagnosticul medical este tot de picior rupt.

---

[i]) Simplific mult – întreaga imagine neuroștiințifică este mult mai complexă și mai detaliată –, dar asta este esența descoperirilor științifice. În momentele de anxietate intensă, iruperea primitivă a amigdalei câștigă în fața gândirii mai raționale a cortexului.

Când un RMNf prezintă o activitate intensă la nivelul amigdalei și al ganglionilor bazali, iar pacientul spune că nu se simte deloc anxios, diagnosticul este... nimic.

> *În privința detectării și reacției la pericol, creierul* [vertebratelor] *pur și simplu nu s-a schimbat prea mult. În anumite privințe, suntem șopârle emoționale.* — Joseph Ledoux, *The Emotional Brain* (*Creierul emoțional*) (1996)

De la Aristotel încoace, cercetătorii au apelat frecvent la „modelele animale" ale emoției, și miile de studii pe animale realizate în fiecare an se bazează pe noțiunea că aspectele comportamentale, genetice și specifice circuitelor neuronale ale unui șobolan sau ale unui cimpanzeu sunt îndeajuns de asemănătoare cu ale noastre pentru a putea extrage din ele informații relevante. În 1872, în *Expresia emoțiilor la om și animale*, Charles Darwin a observat că reacțiile de frică tind să fie aceleași la toate speciile: toate mamiferele, inclusiv oamenii, manifestă răspunsuri de frică ușor de observat. În prezența unui pericol perceput, șobolanii, la fel ca oamenii, au instinctul de a fugi, de a îngheța sau de a defeca.[i] Când este amenințat, șobolanul congenital „anxios" tremură, evită spațiile deschise, preferă locurile familiare, se oprește brusc dacă dă de ceva potențial periculos și emite strigăte ultrasonice de ajutor. Oamenii nu strigă ultrasonic după ajutor – dar, când ne este teamă, tremurăm, ne ferim de situații nefamiliare, evităm contactul social și preferăm să stăm aproape de casă. (Unii agorafobici nu ies niciodată din casă.) Șobolanii cărora li s-a extirpat amigdala (sau ale căror gene au fost modificate astfel încât amigdalele lor să nu funcționeze adecvat) sunt incapabili să manifeste frică; același lucru

[i]) Rata de defecare – numărul de pelete pe minut – este o unitate standard a fricii la șobolani. În anii '60, oamenii de știință de la un spital de psihiatrie din Londra au creat celebra rasă Maudsley de șobolani reactivi prin împerecherea animalelor cu frecvențe de defecare asemănătoare.

este valabil pentru oamenii a căror amigdală a fost vătămată.[17] (Cercetătorii de la Universitatea din Iowa au studiat ani în şir o femeie cunoscută în literatură ca S.M., a cărei amigdală a fost distrusă de o boală rară – şi care, drept urmare, nu poate să resimtă frica.) Mai mult, dacă sunt constant expuse la situaţii stresante, animalele vor dezvolta unele afecţiuni legate de stres care apar şi la oameni: tensiune arterială ridicată, tulburări cardiace, ulcere şi aşa mai departe.

„La toate sau la aproape toate animalele, chiar şi la păsări", scria Darwin, „spaima face ca corpul să tremure. Pielea devine palidă, apare transpiraţia şi părul se zbârleşte. Secreţiile tubului digestiv şi ale rinichilor sporesc şi sunt evacuate în mod involuntar, datorită, după cum se ştie, relaxării muşchilor sfincterului în cazul omului şi, aşa cum am văzut, la vite, câini, pisici şi maimuţe. Respiraţia este grăbită. Inima bate repede, sălbatic şi violent [...]. Facultăţile mintale sunt foarte tulburate. Curând urmează o completă istovire şi chiar leşin"[a].

Darwin a arătat că acest răspuns fiziologic automat la ameninţare este adaptativ din punct de vedere evoluţionist. Este mai probabil ca organismele care reacţionează la pericol în acest mod – prin pregătirea fiziologică pentru luptă sau fugă sau leşin – să supravieţuiască şi să se reproducă decât organismele care nu fac asta. În 1915, Walter Cannon, directorul Departamentului de fiziologie de la Harvard Medical School, a introdus sintagma „luptă sau fugă" pentru a descrie ideea lui Darwin de „reacţie de alarmă". Cannon a fost primul care a documentat sistematic faptul că, atunci când se activează răspunsul de luptă-sau-fugă, are loc vasoconstricţia periferică, fluxul sangvin fiind direcţionat de la extremităţi la muşchii scheletici, astfel încât animalul să fie pregătit să lupte sau să fugă. (Această redirecţionare a fluxului sangvin de la nivelul pielii este ceea ce dă unei persoane speriate înfăţişarea palidă.) Respiraţia devine mai rapidă şi mai profundă,

[a]) C. Darwin, *Expresia emoţiilor la om şi animale*, trad. de Eugen Margulius, Editura Academiei Republicii Socialiste România, Bucureşti, 1967, p. 47 (n. tr.).

pentru ca sângele să fie oxigenat. Ficatul secretă un nivel mai ridicat de glucoză, care oferă energie unor diverse grupe de mușchi și organe. Pupilele se dilată și auzul se ascute, astfel încât animalul să poată evalua mai bine situația. Fluxul de sânge se retrage din sistemul digestiv și procesele de digestie se opresc – se reduce secreția de salivă (provocând acea senzație de uscăciune a gurii, specifică anxietății) și apare frecvent nevoia de defecație, urinare sau vomă. (Expulzarea materiilor reziduale permite sistemului intern al animalului să se axeze pe necesități de supraviețuire mai stringente decât digestia.) În cartea sa din 1915 *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage* (*Modificări fiziologice provocate de durere, foame, frică și furie*), Cannon a oferit câteva ilustrări timpurii simple ale modului în care resimțirea emoției se traduce concret în modificări chimice în corp. A examinat, în cadrul unui experiment, urina a nouă studenți după ce au dat un examen greu și după ce au dat unul simplu: după examenul dificil, patru din cei nouă studenți aveau zaharuri în urină; după examenul simplu, doar unul a avut. Într-un alt experiment, Cannon a examinat urina jucătorilor din echipa de fotbal a Universității Harvard după „ultima și cea mai intensă competiție" din 1913 și a descoperit că 12 din cele 25 de recipiente de urină conțineau urme de zaharuri.[18]

Răspunsul fiziologic care provoacă leșinul este diferit de cel care pregătește organismul de luptă sau fugă, dar poate fi la fel de adaptativ: animalele care răspund la rănile sângerânde cu o scădere rapidă a tensiunii arteriale pierd mai puțin sânge; de asemenea, leșinul este un mod involuntar prin care animalele mimează că sunt moarte, ceea ce, în anumite circumstanțe, le poate proteja.[i]

[i]) Încă un exemplu în care scrierea acestei cărți a fost negativă pentru mine: înainte să încep să mă documentez, nu eram familiarizat cu hematofobia – tulburare care îi face pe cei aproximativ 4,5% dintre oamenii pe care îi afectează să devină extrem de anxioși și, uneori, din cauza unei scăderi a tensiunii arteriale, să leșine când li se face o injecție sau când văd sânge – și nu aveam probleme când mi se făceau injecții sau mi se lua sânge, cazuri rare când nu mă dovedeam laș. Acum, că am aflat despre mecanismul fiziologic al acestui fenomen, am început să am fobia că s-ar putea să leșin în aceste situații și, prin puterea autosugestiei, aproape că am pățit-o de câteva ori.

Când reacția de tipul luptă-sau-fugă este activată în mod adecvat ca răspuns la un pericol fizic concret, aceasta sporește șansele de supraviețuire ale animalului. Dar ce se întâmplă când răspunsul se activează inadecvat? Rezultatul unui răspuns fiziologic de frică într-o situație în care nu există un obiect concret sau în care răspunsul nu este proporțional cu amenințarea poate fi anxietatea patologică – un impuls evoluționist care a luat-o pe arătură. Psihologul și filozoful William James a presupus că anxietatea severă și ceea ce am numi astăzi atacuri de panică ar fi cauzate de modernitatea însăși – mai exact, de faptul că răspunsurile noastre primitive de tipul luptă-sau-fugă nu sunt potrivite în civilizația modernă. „Nimic nu caracterizează mai bine progresul de la brută la om decât reducerea frecvenței situațiilor în care frica este adecvată"[19], observa James în 1884. „În special în viața civilizată a devenit în sfârșit posibil pentru un număr enorm de oameni să călătorească între leagăn și mormânt fără să simtă vreodată tăișul fricii adevărate."[i]

În viața modernă, ocaziile pentru ceea ce James a numit frică umană „adevărată" de tipul celei care apare în starea naturală – când ești urmărit de un tigru preistoric, să spunem, sau când întâlnești un membru al unui trib inamic – sunt relativ rare, cel

---

„Pentru numele lui Dumnezeu, Scott", a spus dr. W. când i-am vorbit despre asta, „ți-ai provocat o fobie nouă". (M-a sfătuit să merg cât mai curând la un medic să-mi facă injecții – o formă de terapie prin expunere – înainte ca fobia să devină o problemă gravă.)

[i]) William (alături de fratele său Henry și de sora sa Alice și de alți câțiva frați și surori) pare să fi moștenit tendințele anxioase și ipohondrice de la tatăl său, Henry James Sr., un excentric filozof swedenborgian, care, într-o scrisoare din 1884 către William, i-a oferit descrierea unei experiențe ușor de recunoscut de către un clinician modern ca atac de panică: „Într-o zi [...] spre sfârșitul lunii mai, după o cină plăcută, am rămas așezat la masă după ce familia s-a împrăștiat, privind leneș tăciunii din vatră, fără să mă gândesc la nimic, [...] când, dintr-odată – ca o lovitură de fulger –, «cutremur m-a apucat și fiori mi-au scuturat toate oasele» [aici îl citează pe Iov] [...]. N-au trecut nici zece secunde înainte să mă simt sfârșit, cu alte cuvinte redus de la starea unui bărbat ferm, viguros, vesel la o stare de copil neajutorat"[20].

puțin în cea mai mare parte a timpului. Amenințările care tind astăzi să activeze reacția fiziologică de tipul luptă-sau-fugă – privirea dezaprobatoare a șefului, scrisoarea misterioasă pe care soția ta a primit-o de la fostul iubit, admiterea la facultate, prăbușirea economiei, amenințarea constantă a terorismului, prăbușirea fondului tău de pensii – nu sunt tipurile de amenințări pentru care a fost creat acest răspuns. Totuși, dat fiind că răspunsul biologic de urgență este oricum activat, mai ales la oamenii anxioși clinic, ajungem marinați într-o supă de hormoni de stres care ne afectează sănătatea. Asta pentru că, dacă ești în ghearele anxietății nevrotice sau dacă reacționezi la o amenințare reală, cum ar fi o tâlhărie sau o casă în flăcări, activitatea sistemului nervos autonom este în mare aceeași. Hipotalamusul, micuța parte a creierului aflată exact deasupra trunchiului cerebral, secretă un hormon numit factor de eliberare a corticotropinei (CRH), care la rândul său face glanda pituitară, un organ de dimensiunea unui bob de mazăre care iese din partea de jos a hipotalamusului, să secrete hormonul adrenocorticotropină (ACTH), pe care sângele îl transportă la rinichi, unde instruiește glandele suprarenale aflate deasupra acestora să secrete adrenalină (cunoscută și ca norepinefrină) și cortizol, ceea ce determină eliberarea unei cantități mai mari de glucoză în fluxul sangvin, ducând la creșterea ritmului cardiac și respirator și provocând o stare de activare intensă care poate fi foarte utilă în cazul unui pericol real și profund perturbator în cazul unui atac de panică sau al îngrijorării cronice. Numeroase dovezi sugerează că faptul de a avea niveluri ridicate de cortizol pentru perioade lungi are asupra sănătății consecințe negative care variază de la tensiune arterială ridicată la compromiterea sistemului imunitar la micșorarea hipocampusului, o parte a creierului esențială pentru memorie. Un răspuns fiziologic anxios care apare la momentul potrivit te poate ajuta să supraviețuiești; dacă același răspuns apare prea des și la momentul nepotrivit te poate duce la o moarte timpurie.

Asemenea animalelor, oamenii pot fi antrenați cu ușurință să manifeste răspunsuri de frică condiționate – adică să asocieze

obiecte sau situații neînfricoșătoare din punct de vedere obiectiv cu amenințări reale. Este celebru experimentul din 1920 în care psihologul John Watson a folosit condiționarea clasică pentru a-i provoca anxietate fobică unui băiat de 11 luni pe care l-a numit Micul Albert. După ce Watson a asociat în mod repetat un zgomot puternic – care îl făcea pe băiat să plângă și să tremure – cu prezența unui șoarece alb („stimul neutru"), a reușit să provoace un răspuns acut de frică din partea băiatului arătându-i doar șoarecele, fără zgomot. (Înainte de condiționare, Micul Albert se jucase fericit cu șoarecele în pătuțul lui.) Curând, băiatul a dezvoltat o fobie în toată puterea cuvântului nu numai de șoareci și de alte animăluțe îmblănite, ci și de bărbi albe. (Moș Crăciun îl îngrozea pe Micul Albert.) Watson a tras concluzia că fobia Micului Albert demonstra puterea condiționării clasice. Pentru primii comportamentaliști, anxietatea fobică la oameni și animale era reductibilă pur și simplu la condiționarea fricii; anxietatea clinică, conform acestei perspective, era un răspuns învățat.[i]

Pentru biologii evoluționiști, anxietatea nu este decât o reacție atavică de frică, un instinct animal inerent care se declanșează la momentul nepotrivit sau din motive nepotrivite. Pentru comportamentaliști, anxietatea este un răspuns învățat, asemenea tendinței câinilor lui Pavlov de a saliva la sunetul clopoțelului, prin simplă condiționare. Conform acestor perspective, anxietatea este tot atât o trăsătură animală pe cât este umană. „Contrar perspectivei unor umaniști, eu cred că emoțiile sunt orice numai nu trăsături

[i]) Perspectiva exclusiv comportamentalistă a condiționării fricii este complicată, dacă nu subminată, de faptul că oamenii și alte mamifere par configurați genetic să dezvolte fobii de anumite lucruri, dar nu de altele. Astăzi, psihologii evoluționiști spun că Watson a interpretat greșit experimentul său cu Micul Albert: adevăratul motiv pentru care Albert a dezvoltat o fobie profundă de șoareci nu este că ar funcționa atât de bine condiționarea comportamentală, ci că creierul oamenilor are o predispoziție naturală – și adaptativă din punct de vedere evoluționist – să se teamă de lucruri mici și îmblănite din cauza bolilor pe care le transmit. (Explorez mai detaliat acest aspect în capitolul 9.)

exclusiv umane", scrie specialistul în neuroştiinţe Joseph LeDoux, „şi, de fapt, că unele sisteme emoţionale din creier sunt în esenţă aceleaşi la [...] mamifere, reptile şi păsări şi, posibil, la amfibieni şi peşti"[21].

Dar oare reacţia instinctivă, mecanicistă pe care o manifestă un şoarece în prezenţa unei pisici sau când aude un clopoţel asociat unui şoc – sau chiar reacţia manifestată de Micul Albert după ce a fost antrenat să se teamă de şobolan – este într-adevăr tipul de anxietate pe care îl resimt eu când mă sui într-un avion sau când sunt obsedat de starea financiară a familiei mele sau de aluniţa de pe antebraţul meu?

Sau să ne gândim la asta: chiar şi *Aplysia californica*, un melc marin cu un creier primitiv şi fără coloană vertebrală, poate prezenta un răspuns fiziologic şi comportamental[22] care ar fi, dacă s-ar manifesta la om, mai mult sau mai puţin echivalentul biologic al anxietăţii. Dacă îi atingi branhiile, melcul se va retrage, vor creşte tensiunea sangvină şi ritmul cardiac. Este *asta* anxietate?

Sau la asta: chiar şi bacteriile unicelulare, fără creier şi fără nervi, pot prezenta un răspuns învăţat şi pot manifesta ceea ce psihiatrii numesc comportament evitant. Când unui parameci care trăieşte în baltă îi este aplicat un şoc electric – stimul aversiv –, se va retrage şi va încerca de atunci înainte să evite aparatul cu electroşocuri înotând departe de acesta. Este *asta* anxietate? Conform unora dintre definiţii, da: potrivit *Manualului de diagnostic şi clasificare statistică*, „evitarea" stimulilor anxiogeni este una dintre caracteristicile a aproape tuturor formelor de anxietate.

Alţi experţi afirmă că presupusele analogii dintre reacţiile comportamentale animale şi umane sunt rizibil de exagerate. „Nu este evident că reacţia intensă de tresărire a unui şobolan [...] [este] un model semnificativ pentru toate stările umane de anxietate"[23], spune Jerome Kagan. David Barlow, de la Centrul pentru Anxietate şi Alte Tulburări Anxioase din cadrul Universităţii Boston, pune întrebarea dacă „faptul că intră într-o stare aparent involuntară de paralizie când este atacat" – tipul de comportament animal care are o evidentă paralelă evoluţionistă şi fiziologică la oameni – „[are]

cu adevărat ceva în comun cu îngrijorarea pentru bunăstarea familiei noastre, pentru slujba sau starea noastră financiară"[24].

„Câți hipopotami își fac griji că la bătrânețe n-o să mai beneficieze de asistență socială", întreabă Robert Sapolsky, specialist în neuroștiințe la Universitatea Stanford, „sau în legătură cu ce o să spună la prima întâlnire?"[25]

„Un șobolan nu poate să se îngrijoreze că se prăbușește bursa", trage concluzia Joseph LeDoux. „Noi putem."[26]

Poate fi anxietatea redusă la un proces exclusiv biologic sau mecanic – la răspunsul comportamental instinctiv al șobolanului sau melcului marin care se ferește automat de șocul electric sau al Micului Albert, condiționat, asemenea câinilor lui Pavlov, să se dea înapoi și să tremure în prezența a ceva îmblânit? Sau implică anxietatea senzația timpului, conștientizarea amenințărilor potențiale, anticiparea suferinței viitoare – debilitantele „temeri pentru viitor" care ne-au dus pe mine și pe străbunicul meu la spitalul de boli mintale?

Este anxietatea un instinct animal, ceva ce avem în comun cu șobolanii și șopârlele și amibele? Este comportament învățat, ceva achiziționat prin condiționare mecanică? Sau este, la urma urmei, o experiență umană unică, dependentă, printre altele, de conștiința propriului sine și a ideii de moarte?

Cu totul diferit va defini fiecare afect un naturalist față de dialectician, ca de exemplu ce este mânia. Acesta o definește ca pe o dorință de reacție la o suferință sau ceva asemănător, pe când celălalt ca pe o fierbere pricinuită de încălzirea sângelui din jurul inimii. — Aristotel, *Despre suflet*[a]

Într-o dimineață, după luni în șir în care mi-am bătut capul cu aceste întrebări, m-am prăbușit pe canapeaua terapeutului meu, un morman de griji și dispreț de sine.

[a]) Aristotel, *Despre suflet*, trad. de N.I. Ștefănescu, Editura Științifică, 1969, p. 9 (n. tr.).

— Care-i problema? mă întreabă dr. W.

— Trebuie să scriu o carte despre anxietate și nu pot nici măcar să aflu care este definiția de bază a anxietății. În toate miile de pagini pe care le-am studiat am dat de sute de definiții. Multe seamănă între ele, dar multe altele se contrazic unele pe celelalte. Nu știu pe care să o folosesc.

— Folosește definițiile din *DSM*, sugerează el.

— Dar alea nu sunt *definiții*, doar liste de simptome asociate, spun eu.[i] Și, oricum, nici asta nu e simplu, din moment ce *DSM* este în curs de revizuire pentru noua ediție *DSM-V*.[ii]

— Știu, spune dr. W pe un ton trist.

Regretă că mandarinii psihiatriei au intenționat recent să scoată în noul *DSM* tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD) din categoria tulburărilor anxioase și să o integreze într-o nouă categorie „de control al impulsurilor", pe un spectru al afecțiunilor asemănătoare sindromului Tourette. Consideră că asta e greșit.

— În zeci de ani de practică, spune el, pacienții cu OCD sunt *întotdeauna* anxioși; își fac griji în legătură cu obsesiile lor.

Eu menționez că la o conferință la care am participat cu câteva săptămâni mai devreme un motiv pentru care OCD ar putea fi reclasificat ca altceva decât ca tulburare anxioasă a fost că genetica și circuitele neuronale ale acesteia par semnificativ diferite de cele ale altor tulburări anxioase.

---

[i]) De exemplu, *DSM-IV* definește astfel tulburarea anxioasă generalizată: „Anxietate excesivă cu privire la unele evenimente sau activități, prezentă în majoritatea zilelor într-o perioadă de cel puțin șase luni. Persoanei îi este dificil să-și controleze îngrijorarea. Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu cel puțin trei dintre următoarele șase simptome (dintre care cel puțin câteva simptome sunt prezente în majoritatea zilelor, în ultimele șase luni): neliniște sau senzație de nerăbdare sau de a fi la limită; obosește ușor; dificultăți de concentrare sau senzație de golire a minții; iritabilitate; tensiune musculară; perturbări ale somnului". (*DSM-IV* oferă o definiție a anxietății care cred că este destul de corectă, deși deopotrivă generică și tehnică: „Anticipare aprehensivă a amenințărilor viitoare, însoțită de disforie sau senzații de tensiune somatică. Pericolul anticipat poate fi intern sau extern".)

[ii]) Am avut această conversație înainte de publicarea în 2013 a *DSM-V*.

— Nenorocita psihiatrie biomedicală! izbucnește el.

Dr. W. este în general un tip blând, echilibrat, și e agresiv de ecumenic în felul în care abordează școlile de psihoterapie; a încercat, în scrierile și în practica lui clinică, să asimileze cele mai bune aspecte ale tuturor modelelor terapeutice diferite în ceea ce el numește o „abordare integrativă a vindecării sinelui rănit". (Trebuie să mai spun aici și că el este Cel mai Bun Terapeut din Lume.) Dar crede cu tărie că în ultimele câteva zeci de ani afirmațiile modelului biomedical în general, și ale neuroștiințelor în special, au devenit din ce în ce mai arogante și reducționiste, marginalizând alte căi de cercetare științifică și distorsionând practica psihoterapeutică. Consideră că unii dintre specialiștii devotați neuroștiințelor și psihofarmacologiei ar reduce toate procesele mentale la cele mai mici componente moleculare, fără nici o idee despre dimensiunile existențiale ale suferinței umane sau despre *sensul* simptomelor anxietății sau depresiei. La conferințele despre anxietate, se lamentează el, simpozioanele despre medicamente și neurochimie – dintre care multe sponsorizate de companii farmaceutice – au început că nu mai lase loc pentru nimic altceva.

Îi spun doctorului W. că sunt pe care să abandonez proiectul.

— Ți-am zis că sunt un eșec, spun eu.

— Uite, spune el, acum vorbește anxietatea. Te face excesiv de îngrijorat în legătură cu, printre altele, găsirea definiției corecte a anxietății. Și te face să te îngrijorezi permanent în legătură cu rezultatele – dacă definiția mea a anxietății este „greșită" –, în loc să te concentrezi pe ce ai de făcut. Trebuie să te concentrezi. Ține-te de ce ai de făcut!

— Dar tot nu știu ce definiție de bază a anxietății să folosesc, spun eu.

— Folosește definiția mea, spune el.

Nici un om care a fost chinuit vreodată de crize de anxietate nu se îndoiește de puterea acesteia de a paraliza acțiunea, de a provoca fuga, de a eviscera plăcerea și de a împinge gândirea spre aspecte catastrofice. Nimeni nu ar pune la îndoială că experiența anxietății poate fi groaznic de

dureroasă. Experiența anxietății cronice sau intense este în primul rând o confruntare profundă și tulburătoare cu durerea.

— Barry E. Wolfe, *Understanding and Treating Anxiety Disorders (Înțelegerea și tratarea tulburărilor anxioase)* (2005)

S-a întâmplat să îl aleg pe dr. W. ca terapeut cu câțiva ani înainte tocmai pentru că găsisem interesantă concepția lui despre anxietate, iar felul lui de a aborda tratamentul, mai puțin rigid sau ideologic decât al celorlalți terapeuți cu care lucrasem. (De asemenea, mi s-a părut că fotografia de pe coperta cărții lui îl făcea să arate ca un om bun.)

Am descoperit opera doctorului W. la Miami, când participam la o conferință universitară despre anxietate, și am dat de o carte pe care o publicase recent, aflată pe un stand la intrarea în sala de festivități a unui hotel. Deși această carte, un ghid pentru tratarea tulburărilor anxioase, se adresa psihoterapeuților profesioniști, m-a atras concepția lui „integrativă" a anxietății. De asemenea, după ce am citit atât de multe cărți specializate despre neuroștiința anxietății în care erau fraze ca „Activitatea theta este un tipar de activare ritmică a neuronilor hipocampusului și structurilor conexe care, deoarece se desfășoară simultan într-un număr foarte mare de celule, provoacă frecvent un «ritm theta» (aproximativ 5-10 Hz la un șobolan neanesteziat) de tensiune înaltă, cu o reprezentare electrografică lentă, cvasisinusoidal, care poate fi înregistrat în formațiunea hipocampică în numeroase condiții comportamentale"[27], am găsit că scrisul său e clar și netehnic, iar felul în care își abordează pacienții – reconfortant de umanist. Am recunoscut propriile mele dificultăți – atacurile de panică, problemele de dependență, frica sublimată de moarte deghizată în anxietate pentru lucruri nesemnificative – în multe dintre studiile de caz din cartea lui.

Mă mutasem recent de la Boston la Washington, D.C. și mă găseam pentru prima dată într-un sfert de secol fără un terapeut la care să mă duc regulat. Așa că atunci când am citit nota autorului din cartea doctorului W., unde scria că are un cabinet în zona

Washingtonului, i-am trimis un e-mail în care l-am întrebat dacă accepta pacienți noi.

Conform dr. W., teoriile și abordările terapeutice ale anxietății pot fi grupate în patru categorii de bază: psihanalitică, comportamentală și cognitiv-comportamentală, biomedicală și experiențială.[i]

Abordarea psihanalitică – ale cărei aspecte esențiale, deși freudismul a fost în mare parte repudiat în majoritatea cercurilor științifice, permează încă discursul terapeutic modern – susține că refularea gândurilor și ideilor tabu (adesea de natură sexuală) sau a conflictelor psihice interioare duce la anxietate. Tratamentul presupune conștientizarea acestor conflicte refulate și rezolvarea lor prin psihoterapia psihodinamică și prin căutarea de *insight*.

Comportamentaliștii consideră, la fel ca John Watson, că anxietatea este un răspuns condiționat de frică. Tulburările anxioase apar când învățăm – adesea prin condiționare inconștientă – să ne temem de lucruri neamenințătoare din punct de vedere obiectiv sau să ne temem prea intens de lucruri puțin amenințătoare. Tratamentul presupune corectarea gândirii greșite prin diverse combinații de terapie prin expunere (adică să te expui la frică și să te obișnuiești cu ea, astfel încât să se reducă reacția ta de frică) și restructurare cognitivă (schimbarea modului în care gândești) cu scopul de a „stinge" fobiile și de a „decatastrofiza" atacurile de panică și îngrijorarea obsesivă. Numeroase studii descoperă acum că terapia cognitiv-comportamentală, sau CBT, reprezintă tratamentul cel mai sigur și mai eficient pentru multe forme de tulburări depresive și anxioase.

Abordarea biomedicală (unde cercetarea a explodat în ultimii 60 de ani) se concentrează asupra mecanismelor biologice ale anxietății – pe structurile cerebrale ca amigdala, hipocampusul, *locus coeruleus*, cortexul cingular anterior, insula, și pe neurotransmițători ca serotonina, noradrenalina, dopamina, glutamatul, acidul gama-aminobutiric (GABA) și neuropeptida Y (NPY) – și pe genetica subiacentă acestei biologii. Tratamentul presupune frecvent utilizarea de medicamente.

---

[i]) Această perspectivă schematică a diferitelor abordări teoretice ale anxietății este în mod necesar întru câtva suprasimplificată.

În sfârşit, ceea ce dr. W. numeşte abordarea experienţială a anxietăţii implică o perspectivă în mai mare măsură existenţială, care priveşte atacurile de panică şi îngrijorarea obsesivă ca fiind mecanisme adaptative de *coping* create de psihic ca reacţie la ameninţările asupra integrităţii sale şi a stimei de sine. Abordarea experienţială, asemenea psihanalizei, pune accentul pe *conţinutul* şi *sensul* anxietăţii – şi nu pe *mecanismele* anxietăţii, pe care se concentrează abordarea biomedicală şi comportamentală –, considerând că acestea pot fi indicii care fac posibilă descifrarea traumelor psihice ascunse sau a convingerilor despre lipsa de valoare a propriei existenţe. Tratamentul tinde să implice relaxarea ghidată pentru reducerea simptomelor de anxietate şi ajutarea pacientului să se scufunde în anxietate pentru rezolvarea problemelor existenţiale care se află la bază.

Conflictele dintre aceste perspective diferite – şi dintre psihiatri (doctori în medicină) şi psihologi (doctori în ştiinţe umaniste), dintre susţinătorii medicamentelor şi criticii medicamentelor, dintre cognitiv-comportamentalişti şi psihanalişti, dintre freudieni şi jungieni, dintre specialiştii în neuroştiinţă moleculară şi terapeuţii holistici – pot uneori să fie amarnice. Mizele sunt mari – viitoarea stabilitate a unei ample infrastructuri profesionale depinde de predominarea unei teorii sau a alteia. Iar conflictul fundamental – dacă anxietatea este o boală care ţine de medicină sau este o problemă spirituală, o problemă a corpului sau o problemă a minţii – este arhaic, datând de pe vremea înfruntării dintre Hipocrate şi Platon şi dintre discipolii lor.[i]

[i]) Ştiinţa modernă a arătat în cele din urmă că Hipocrate avea în mai mare măsură dreptate – mintea *este* determinată de creierul fizic şi, de fapt, de întregul corp –, însă influenţa lui Platon asupra studiului psihologiei a rămas totuşi puternică şi durabilă, parţial datorită influenţei lui asupra lui Freud. În *Phaidros*, Platon descrie sufletul ca fiind o echipă formată dintr-o pereche de cai şi un vizitiu: unul din cai este puternic şi supus, celălalt este violent şi neascultător, iar vizitiul trebuie să-i strunească pentru a-i face să tragă împreună carul. Această perspectivă asupra psihicului uman ca fiind împărţit în trei părţi – spirituală, libidinală şi raţională – prevesteşte mintea freudiană, cu ale sale sine [se], eu şi supraeu. Pentru Platon, într-o măsură

Dar, deși în numeroase privințe aceste perspective teoretice intră în conflict unele cu altele, nu se exclud reciproc. Adesea se suprapun. Terapia cognitiv-comportamentală de ultimă oră împrumută de la modelul biomedical, utilizând psihofarmacologia pentru a îmbunătăți terapia prin expunere. (Studiile arată că un medicament numit D-cicloserină, dezvoltat inițial ca antibiotic, determină o mai bună consolidare a noilor amintiri în hipocampus și amigdală, sporind eficiența expunerii în scopul eliminării fobiilor prin intensificarea unor asociații noi, neanxiogene, care le înlocuiesc pe cele anxiogene.) Cât despre perspectiva biomedicală, recunoaște din ce în ce mai mult puterea meditației și terapiei tradiționale de a determina modificări structurale concrete în fiziologia cerebrală, întru totul la fel de „reale" ca modificările aduse de pastile și de terapia cu electroșocuri. Un studiu publicat în 2011 de cercetătorii de la Massachusetts General Hospital a descoperit că subiecții care practicau meditația în medie doar 27 de minute pe zi timp de opt săptămâni prezentau modificări vizibile ale structurii cerebrale. Meditația a dus la reducerea densității amigdalei[29], o schimbare fizică corelată cu niveluri mai mici de stres – pe măsură ce amigdala devenea mai puțin densă, subiecții se simțeau mai puțin stresați. Alte studii[30] au descoperit că budiștii care sunt deosebit de pricepuți la meditație prezintă o activitate

---

mai mare chiar decât pentru Freud, adaptarea psihologică reușită depinde de controlul sufletului logic (*logistikon*) asupra sufletului libidinal (*epithumetikon*). Acest pasaj din *Republica* lui Platon este o neașteptată prefigurare a complexului oedipian al lui Freud: „La ce fel de dorințe te referi? Mă gândesc la cele ce se trezesc în timpul somnului, când restul sufletului doarme, adică partea sa rațională, domesticită și stăpână pe sine, în timp ce partea bestială și sălbatică, îmbuibată de mâncare sau băutură, saltă și, alungând somnul, caută să iasă și să-și împlinească firea. Știi bine doar că ea îndrăznește să facă orice într-un astfel de somn, fiind dezlegată și desprinsă de orice rușine și cugetare. Nu se dă înapoi deloc, pare-se, să poftească a se împreuna cu mama sau cu oricine altcineva – om, zeu, fiară – să făptuiască orice crimă..." (vezi Platon, *Opere V*, *Republica*, trad. de Andrei Cornea, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1986, pp. 381–382 – n. tr.). (Când Wilfred Trotter, influent neurochirurg britanic de la începutul secolului XX, a dat peste acest pasaj, a declarat: „Această remarcă a lui Platon îl face respectabil pe Freud"[28].)

mult mai intensă la nivelul cortexului frontal și mult redusă la nivelul amigdalei în comparație cu oamenii normali.[i] Meditația și exercițiile de respirație profundă funcționează din motive asemănătoare celor care stau la baza tratamentelor psihiatrice, exercitându-și efectul nu doar asupra vreunei concepții abstracte a minții, ci în mod concret asupra corpului nostru, asupra echivalentelor somatice ale sentimentelor noastre. Cercetări recente au arătat că până și terapia de modă veche poate avea efecte fizice, tangibile, asupra formei creierului nostru.[32] Poate Kierkegaard se înșela când spunea că omul care a învățat să trăiască în anxietate a învățat lucrul cel mai important, cel mai semnificativ din punct de vedere existențial – poate că nu a învățat decât tehnicile potrivite de a-și controla amigdala hiperactivă.[ii]

---

[i]) Persoanele care meditează cel mai bine pot chiar să-și suprime reacția de tresărire[31], o reacție fiziologică rudimentară la zgomote puternice și la alți stimuli neașteptați, mediată de amigdală. (S-a demonstrat că intensitatea reacției de tresărire – evaluată în copilărie sau la vârsta adultă – corelează semnificativ cu tendința de a dezvolta tulburări anxioase și depresie.)

[ii]) În ceea ce-l privește, William James, asemenea lui Darwin, considera că procesele exclusiv fizice, instinctive, *precedă* conștientizarea emoției – și că, de fapt, precedă existența oricărei stări cerebrale. La finalul secolului al XIX-lea, el și medicul danez Carl Lange au propus ipoteza că emoțiile sunt produse de reacții fizice automate la nivelul corpului, și nu invers. Conform perspectivei care a ajuns cunoscută ca teoria James–Lange, modificările organice generate de sistemul nervos autonom, care operează sub pragul conștiinței noastre, determină efecte ca schimbări ale ritmului cardiac, respirației, secreției de adrenalină și dilatării vaselor capilare de la nivelul mușchilor scheletici. Aceste efecte exclusiv fizice sunt cele care apar mai întâi – și abia apoi apare *interpretarea* noastră a acestora, care determină apariția emoțiilor ca bucuria sau anxietatea. O situație care provoacă teamă sau furie determină o serie de reacții fiziologice ale corpului – și apoi mintea conștientă înregistrează aceste reacții, le evaluează și le interpretează, generând anxietate sau furie. Conform teoriei James–Lange, nu există nici o experiență exclusiv psihologică sau cognitivă, cum ar fi anxietatea, care să poată fi separată de modificările de la nivelul sistemului nervos autonom. Mai întâi apar modificările fizice, apoi emoțiile.

Asta indică faptul că anxietatea este în primul rând un fenomen fizic, și abia apoi psihologic. „Teoria mea", scria James, „este că modificările corporale

Darwin a observat că echipamentul care provoacă atacurile de panică la oameni este derivat din aceleași rădăcini evoluționiste

urmează direct percepției faptului care provoacă excitația, iar noi simțim aceste modificări așa cum apar în emoție. Înțelegerea obișnuită spune că, dacă ne pierdem averea, suntem triști și plângem; dacă dăm de un urs, ne speriem și fugim; dacă suntem insultați de un rival, suntem furioși și îl lovim. Ipoteza susținută aici afirmă că această ordine a întâmplărilor nu este corectă [...] și că o afirmație mai rațională este că suntem triști pentru că plângem, suntem furioși pentru că lovim, suntem speriați pentru că tremurăm"[33]. Stările fizice creează stări psihice, și nu invers.

Teoria James–Lange a fost mai târziu pusă la îndoială de cercetări asupra pacienților cu traumatisme la nivelul coloanei vertebrale care îi făceau să nu poată primi *nici un fel* de informație senzorială de la organe – oameni care nu puteau să simtă deloc tensiune musculară sau disconfort digestiv; oameni care erau cu adevărat creier fără corp – și care raportau totuși că simțeau senzații psihologice neplăcute de groază și anxietate. Asta arată că teoria James–Lange este, dacă nu întru totul greșită, cel puțin incompletă. Dacă pacienții care nu pot primi informații despre starea corpului lor pot să resimtă anxietate, atunci poate că anxietatea *este* în primul rând o stare mentală, una care nu are nevoie de *input* de la restul corpului.

Dar diverse studii desfășurate de la începutul anilor '60 sugerează că teoria James–Lange este, în cele din urmă, complet greșită. Când cercetătorii de la Columbia le-au făcut subiecților o injecție cu adrenalină, a crescut ritmul cardiac și respirator al tuturor și fiecare dintre ei a resimțit o intensificare a emoției – dar cercetătorii au putut manipula emoția subiecților schimbând contextul.[34] Subiecții cărora li s-au dat motive să simtă emoții pozitive s-au simțit fericiți, în timp ce aceia cărora li s-au dat motive să simtă emoții negative s-au simțit furioși sau anxioși – și în toate cazurile au simțit emoția respectivă (oricare ar fi fost) mai intens decât subiecții cărora li s-a făcut o injecție placebo. Injecția cu adrenalină a determinat amplificarea *intensității* emoției, dar nu a determinat *tipul de emoție*; aceasta a fost oferită de contextul experimental. Asta sugerează că sistemul autonom conține mecanica emoției – însă interpretarea mentală a mediului exterior conține valența.

Alte cercetări recente sugerează că James și Lange aveau dreptate când au observat că procesele fiziologice sunt esențiale pentru generarea emoțiilor și pentru determinarea intensității acestora. De exemplu, un număr din ce în ce mai mare de studii arată că expresiile faciale pot *provoca* – și nu doar reflecta – emoția asociată cu acestea. Zâmbește și vei fi fericit; tremură, după cum spunea James, și vei fi speriat.

ca reacția de tipul luptă-sau-fugă a unui șobolan sau ca reacția de evitare a stimulilor aversivi a unui melc marin. Ceea ce înseamnă că anxietatea, cu toată filozofia și psihologia pe care i le-am asociat, poate fi un fenomen biologic ireductibil cu nimic diferit la oameni față de animale.

Ce anume pierdem, dacă pierdem ceva, când anxietatea noastră este redusă la materialul componentelor fiziologice – la deficite de serotonină și dopamină sau la un exces de activitate la nivelul amigdalei și ganglionilor bazali? În 1944, teologul Paul Tillich a sugerat că *Angst* este reacția firească a omului la „frica de moarte, conștiință, vinovăție, disperare, viață cotidiană etc."[35]. Pentru Tillich, întrebarea esențială a vieții era: Suntem noi în siguranță, îngrijiți de o divinitate, sau trudim inutil spre moarte într-un univers rece, mecanic și indiferent? Este găsirea păcii interioare în principal o chestiune de împăcare cu această întrebare? Sau este, într-un mod mai mundan, o chestiune de calibrare adecvată a nivelurilor de serotonină din sinapse? Sau sunt toate astea, la urma urmei, același lucru?

Poate că omul este una dintre cele mai temătoare creaturi, din moment ce la frica fundamentală de animale de pradă și semeni agresivi se adaugă frici existențiale cu baze intelectuale.

— Irenäus Eibl-Eibesfeldt, „Fear, Defence and Aggression in Animals and Man: Some Ethological Perspectives" („Frică, apărare și agresivitate la animale și oameni: perspective etologice") (1990)

Nu demult, i-am trimis un e-mail dr. W., care s-a specializat timp de 40 de ani în tratarea anxietății, pentru a-l ruga să rezume definiția lui la o singură frază.

„Anxietatea", a scris el, „este teama de suferința viitoare – anticiparea temătoare a unei catastrofe intolerabile fără speranța de a putea fi împiedicată". Pentru dr. W., caracteristica esențială a anxietății și ceea ce o face mai mult decât pur instinct animal este

orientarea spre viitor. Prin asta, dr. W. gândește ca mulți dintre marii teoreticieni ai emoțiilor (de exemplu, Robert Plutchik, medic și psiholog, unul dintre cei mai influenți oameni de știință din secolul XX în domeniul emoțiilor, definea anxietatea ca fiind „combinația de anticipare și frică") și arată că Darwin, cu tot accentul pus pe asemănările comportamentale dintre animale și oameni, credea același lucru. („Dacă ne așteptăm să suferim, suntem neliniștiți", scria Darwin în *Expresia emoțiilor la om și animale*. „Dacă nu avem nici o speranță de alinare, cădem în depresie.") Animalele nu au nici un concept abstract al viitorului; nu au nici un concept abstract al anxietății, nici o capacitate de a se îngrijora în privința fricilor lor. Un animal poate resimți o „dificultate de respirație" sau „palpitații" (în formularea lui Freud) induse de stres – dar nici un animal nu se poate *îngrijora* în privința simptomelor lui și nu le poate *interpreta* în nici un fel. Un animal nu poate fi ipohondru.

De asemenea, animalul nu se poate teme de moarte. Șobolanii și melcii marini nu au conștiința abstractă a perspectivei unui accident de mașină sau a prăbușirii unui avion sau a unui atac terorist sau a anihilării nucleare – sau a respingerii sociale sau a scăderii propriului statut sau a umilirii profesionale sau a pierderii inevitabile a oamenilor pe care îi iubim sau a finitudinii existenței corporale. Aceasta, alături de capacitatea noastră de a conștientiza senzațiile de frică și de a ne gândi la ele, oferă experienței umane a anxietății o dimensiune existențială care lipsește cu desăvârșire din „răspunsul de alarmă" al unui melc marin. Pentru dr. W., această dimensiune existențială este esențială.

Dr. W., urmându-l pe Freud, spune că, în timp ce *frica* este provocată de amenințări „reale" din lume, *anxietatea* este provocată de amenințări din interiorul propriului sine. Anxietatea este, în formularea dr. W., „un semnal că se prăbușesc apărările obișnuite împotriva perspectivelor intolerabil de dureroase asupra sinelui". În loc să te confrunți cu realitatea faptului că relația conjugală e pe cale să eșueze sau că slujba ta nu duce nicăieri sau că decazi în decrepitudine geriatrică sau că o să mori – adevăruri existențiale greu de gestionat –, mintea ta creează uneori simptome de anxietate

care te distrag și te apără, transformând suferința psihică în atacuri de panică sau în anxietate generală liber flotantă sau dezvoltând fobii în care îți proiectezi chinul lăuntric. Este interesant că mai multe studii recente au descoperit că în momentul în care un pacient anxios începe să se ocupe conștient de un conflict psihic anterior ascuns, ridicându-l din mlaștina inconștientului în lumina conștiinței, se schimbă semnificativ o grămadă de indicatori fiziologici: tensiunea arterială și ritmul cardiac se reduc, se diminuează reacția electrodermală, scade nivelul de hormoni de stres din sânge.[36] Se întâmplă frecvent ca simptomele fizice cronice – dureri de spate, dureri de stomac, dureri de cap – să dispară spontan, pe măsură ce problemele emoționale care înainte erau „somatizate" (sau transformate în simptome fizice) sunt conștientizate.[i]

Însă, considerând că tulburările anxioase apar de obicei din eforturi nereușite de rezolvare a unor dileme existențiale fundamentale, dr. W., după cum vom vedea, este împotriva psihofarmacologiei moderne (care susține, în temeiul a 60 de ani de studii asupra medicamentelor, că baza anxietății și depresiei este „dezechilibrul chimic"), neuroștiințelor (a căror dezvoltare a demonstrat nu doar activitatea cerebrală asociată diverselor stări emoționale, ci și, în unele cazuri, anormalități structurale specifice asociate bolii mintale) și studiilor asupra temperamentului și geneticii moleculare (care indică destul de convingător că ereditatea joacă un rol important în determinarea nivelului bazal de anxietate și susceptibilității la tulburări psihiatrice).

Dr. W. nu pune la îndoială descoperirile nici uneia dintre aceste modalități de cercetare. Consideră că medicamentele pot constitui un tratament eficient al simptomelor anxietății. Dar perspectiva lui, bazată pe 30 de ani de muncă în clinică, cu sute de pacienți anxioși, este că la rădăcina a aproape oricărei anxietăți clinice se află un fel de criză existențială în legătură cu ceea ce el numește „date ontologice" – faptul că îmbătrânim, că vom muri,

[i]) Oricât de discreditate ar fi fost descoperirile freudiene, elemente din teoriile lui Freud au fost validate empiric de descoperiri recente ale unor astfel de cercetări.

că vom pierde oamenii dragi, că probabil vom suferi eşecuri profesionale şi umilinţe personale care ne vor afecta profund, că trebuie să ne zbatem să găsim sens şi scop în viaţa noastră şi că trebuie să ajungem la compromisuri între libertatea personală şi siguranţa afectivă şi între dorinţele noastre şi constrângerile relaţiilor şi comunităţilor noastre. Conform acestei perspective, fobiile noastre de şobolani sau de şerpi sau de brânză sau de miere (da, miere; actorul Richard Burton nu suporta să fie în aceeaşi încăpere în care era miere, chiar dacă era închisă într-un borcan, chiar dacă borcanul era închis într-un dulap[37]) sunt deplasări ale preocupărilor noastre existenţiale mai profunde, proiectate asupra unor lucruri din exterior.

La începutul carierei sale, dr. W. a tratat un student în anul II de facultate care întreaga viaţă se pregătise să devină pianist profesionist. Când profesorii i-au spus că nu era suficient de talentat pentru a-şi îndeplini visul, a fost copleşit de atacuri de panică groaznice. În viziunea dr. W., panica era un simptom provocat de incapacitatea pacientului de a se împăca cu pierderea existenţială subiacentă: sfârşitul aspiraţiilor profesionale, prăbuşirea concepţiei despre sine ca pianist. Tratarea panicii i-a permis acestui student să resimtă disperarea acestei pierderi – şi apoi să înceapă să-şi construiască o nouă identitate. Un alt pacient, un medic de 43 de ani care avea o clinică prosperă, a dezvoltat o tulburare de panică după ce fiul său cel mare a plecat la facultate, când a început să se accidenteze la tenis, un sport la care până atunci excelase. Dr. W. a tras concluzia că panica a fost generată de această pierdere dublă (a copilăriei fiului său şi a propriei vigori atletice), combinaţie care a provocat îngrijorări existenţiale cu privire la declinul în decrepitudine şi moarte. Ajutându-l pe acest medic să se împace cu pierderile şi să accepte realitatea „ontologică" şi eventualitatea declinului şi morţii, dr. W. l-a ajutat să se elibereze de anxietate şi depresie.[i]

[i]) Trebuie să spun aici că nu încalc acordul de confidenţialitate scriind despre aceşti pacienţi; dr. W. a publicat în diverse locuri istoriile de caz (anonime) ale acestor persoane.

În viziunea dr. W., simptomele de anxietate și panică servesc drept ceea ce el numește „ecran de protecție" (ceea ce Freud numea „apărare nevrotică") împotriva durerii ascuțite asociate confruntării cu pierderea sau mortalitatea sau amenințările la adresa stimei de sine (în mare, ceea ce Freud numea eu). În unele cazuri, simptomele intense de anxietate sau panică pe care le resimt pacienții sunt distrageri nevrotice sau modalități de *coping* cu imagini negative de sine sau sentimente de inadecvare – ceea ce dr. W. numește „răni ale sinelui".

Consider interpretarea bazată pe sensul existențial al simptomelor de anxietate pe care o oferă dr. W. ca fiind în anumite privințe mai interesantă decât cele comune, biomedicale. Dar o vreme îndelungată am găsit literatura științifică modernă asupra anxietății – care are mult mai mult de-a face cu „activarea neuronală de la nivelul amigdalei și *locus coeruleus*" (cum spun specialiștii în neuroștiințe) și cu „îmbunătățirea sistemului serotoninergic" și „inhibarea sistemului glutamat" (cum spun psihofarmacologii) și cu identificarea „polimorfismelor uninucleotidice" specifice asupra diverselor gene care determină un temperament anxios (cum spun geneticienii comportamentaliști) decât cu problemele existențiale – ca fiind mai științifică și mai convingătoare decât teoria dr. W. asupra anxietății. Și cred în continuare asta. Dar mai puțin decât înainte.

Nu demult, în terapia mea cu dr. W., am ajuns cu precauție la tehnica de expunere în imaginație pentru fobiile mele.[i] Am stabilit împreună o ierarhie de situații înfricoșătoare și am făcut apoi cu blândețe o „decondiționare treptată", în cadrul căreia a trebuit să-mi imaginez anumite lucruri tulburătoare în timp ce făceam exerciții de respirație profundă, sperând să reduc anxietatea stimulată de aceste lucruri. Odată ce conjuram o imagine și încercam să o mențin în minte fără să mă panichez, dr. W. mă întreba ce simt.

---

[i]) Această terapie este bazată pe o tehnică numită desensibilizare sistematică, introdusă în anii '60 de Joseph Wolpe, influent psiholog comportamentalist, a cărui cercetare inițială a fost centrată pe eliminarea răspunsului de frică la pisici.[38]

Asta s-a dovedit a fi surprinzător de dificil. Deși mă aflam în siguranță în cabinetul dr. W. dintr-o casă din suburbie și puteam opri oricând exercițiul, simpla imaginare a scenariilor înfricoșătoare a devenit anxietate agonizantă. Indicatorii cei mai mici, cei mai improbabili – să mă văd într-un telescaun sau într-un avion zguduit de turbulențe; să-mi imaginez găleata verde așezată lângă patul meu când eram mic și eram stricat la burtă – mă făceau să transpir și să am hiperventilație. Răspunsul meu de anxietate la aceste imagini exclusiv mentale a fost atât de intens, încât de câteva ori a trebuit să ies din cabinetul dr. W. și să mă plimb prin grădină pentru a mă calma.

În aceste ședințe de decondiționare, dr. W. a încercat să mă facă să mă concentrez exact asupra lucrurilor care îmi provocau anxietatea.

Îmi este greu să răspund la această întrebare. În cursul expunerii în imaginație – ca să nu mai vorbesc de momentele în care chiar mă confrunt cu un „stimul fobic" – nu mă pot concentra deloc pentru a răspunde la întrebare. Nu simt decât o groază totală, copleșitoare, și nu-mi doresc decât să scap – de teroare, de conștiință, de corpul meu, de viața mea.[i]

Pe parcursul câtorva ședințe s-a întâmplat ceva neașteptat. Când încercam să mă confrunt cu fobia, eram deturnat de tristețe. Stăteam pe canapea în cabinetul dr. W., respirând profund și încercând să-mi imaginez scena din „ierarhia decondiționării", iar mintea mea începea să rătăcească.

— Spune-mi cum te simți, îmi zicea dr. W.

— Puțin trist, răspundeam eu.

— Păstrează starea asta, spunea el.

Și câteva secunde mai târziu eram copleșit de lacrimi.

Sunt stânjenit când povestesc asta. În primul rând, cât de lipsit de bărbăție pot fi? În al doilea rând, nu cred în rezolvarea

---

[i]) I-am sugerat la un moment dat dr. W. că, dacă aș avea un pistol și aș ști că măcar am posibilitatea să scap de teroarea fobiei, poate că anxietatea ar da înapoi, din moment ce *posibilitatea* de a scăpa mi-ar oferi un oarecare sentiment de control.

„Poate", a fost el de acord. „Dar ar crește și riscul să te omori."

afectivă magică a eliberării cathartice. Dar mărturisesc că m-am simțit puțin ușurat stând acolo și plângând în hohote.

Această izbucnire de tristețe apărea de fiecare dată când încercam exercițiul.

— Ce se întâmplă? l-am întrebat pe dr. W. Ce înseamnă asta?

— Înseamnă că suntem pe cale să descoperim ceva, a spus el, oferindu-mi un șervețel să-mi șterg lacrimile.

Da, știu, și pe mine povestea asta mă face să mă simt stânjenit. Dar atunci, când stăteam pe canapea și plângeam, afirmația dr. W. a părut un gest minunat de încurajator și autentic – care m-a impresionat și m-a făcut să plâng și mai tare.

— Acum ești exact în inima rănii, a spus el.

Dr. W. consideră, la fel ca Freud, că anxietatea poate fi o adaptare care are scopul de a proteja psihicul de o altă sursă de tristețe sau suferință. Îl întreb de ce, dacă așa stau lucrurile, anxietatea este adesea mai intensă decât tristețea. Oricât de tare mă face să plâng, această „rană" în care se presupune că mă aflu e mai puțin neplăcută decât teroarea pe care o simt când sunt într-un avion afectat de turbulențe sau când mi-e greață sau când, atunci când eram mic, înduram anxietatea de separare.

— Așa se întâmplă frecvent, spune dr. W.

Nu prea știu ce să înțeleg de aici. De ce mă simt mult mai bine – mai fericit și relativ mai puțin anxios – după ce înot în presupusa mea „rană"?[i]

— Încă nu știm, spune dr. W. Dar suntem pe calea cea bună.

---

[i]) În timpul primelor eforturi de dezvoltare a tehnicilor psihanalitice de la sfârșitul secolului al XIX-lea, Sigmund Freud și mentorul său, Josef Breuer, numeau această eliberare cathartică a gândurilor și emoțiilor reprimate „curățarea hornului"[39]

Partea a II-a
O ISTORIE A TULBURĂRILOR MELE INTESTINALE

CAPITOLUL 3
Se mișcă ceva prin burtă

Neliniștea – o afecțiune dificilă. Bolnavul simte un fel de ghimpe care-l înțeapă pe dinăuntru și este chinuit de greață.

— Hipocrate, *Despre boală* (secolul al IV-lea î.Cr.)

Am un coșmar recurent că sunt mireasă și mi-e rău, fug din biserică și-mi abandonez soțul la altar.

– Emma Pelling, citată în 5 iunie 2008 în articolul din *United Press International* „Bride's Vomit Fear Delays Wedding" („Teama miresei de a nu vomita întârzie nunta")

Mă chinuiește emetofobia, frica patologică de a vomita, deși a trecut o vreme de când am vomitat ultima dată. De fapt, a trecut destul de mult: mai exact, până acum, când scriu aceste rânduri, au trecut 35 de ani, două luni, patru zile, 22 de ore și 49 de minute. Asta înseamnă că au trecut peste 83% din zilele mele pe pământ de când am vomitat ultima oară, în seara zilei de 17 martie 1977. Nu am vomitat în anii '80. Nu am vomitat în anii '90. Nu am vomitat în noul mileniu. Și bineînțeles că sper să trec de mijlocul vieții fără vreo întrerupere. (Evident, am ezitat până și să scriu acest paragraf, de teamă să nu cobesc sau să nu provoc destinul și, scriind asta, bat în lemn și mă rog la diverși zei și ursitoare.)

Asta înseamnă că mi-am petrecut, calculând aproximativ, cel puțin 60% din tot timpul în care nu am dormit gândindu-mă și făcându-mi griji despre ceva ce a durat 0% din ultimii mai bine de 30 de ani. E irațional.

O parte din mine protestează imediat: *Dar stai, dacă nu este irațional? Dacă există, de fapt, o relație cauzală între* îngrijorarea *în*

legătură cu vomitatul și faptul de a nu vomita? Dacă vigilența mea permanentă este ceea ce mă protejează – prin magie sau printr-o îmbunătățire nevrotică a sistemului meu imunitar sau pur și simplu prin evitarea obsesivă a bacteriilor – de intoxicare alimentară și virusuri stomacale?

Când, de-a lungul anilor, le-am împărtășit această idee mai multor psihoterapeuți, au răspuns: „Să spunem că ai dreptate în legătură cu această relație cauzală – comportamentul tău rămâne irațional. Uite cât timp risipești, cum ți-ai otrăvit viața îngrijorându-te pentru ceva care, deși neplăcut, în general se întâmplă rar și este aproape întotdeauna nesemnificativ din punct de vedere medical". Chiar dacă, fiind mai puțin vigilent, m-aș alege cu un virus stomacal sau o intoxicație alimentară, spun terapeuții, nu ar merita dacă aș recâștiga astfel o mare parte din viață?

Presupun că o persoană rațională, nefobică, ar răspunde afirmativ. Și desigur că ar avea dreptate. Dar pentru mine răspunsul rămâne un nu apăsat.

O parte uimitor de mare a vieții mele este centrată pe încercarea de a evita să vomit și pe pregătirea pentru situația în care s-ar întâmpla asta. O parte a comportamentului meu face parte din germofobia standard: evit spitalele și toaletele publice, mă țin departe de oamenii bolnavi, mă spăl obsesiv pe mâini, sunt foarte atent la proveniența tuturor lucrurilor pe care le mănânc.

Dar alte obișnuințe sunt extreme, dată fiind improbabilitatea statistică de a vomita într-un anumit moment. Depozitez pungi pentru răul de mișcare, pe care le-am luat din avioane, peste tot prin casă și la birou și în mașină, în caz că sunt copleșit brusc de nevoia de-a vomita. Am la mine tot timpul Pepto-Bismol și Dramamine și alte medicamente antiemetice. Ca un general care monitorizează mișcările inamicului, am o hartă mentală detaliată a incidențelor înregistrate de norovirus (cea mai comună formă de virus stomacal) și de alte forme de gastroenterită, folosindu-mă de internet pentru a identifica epidemiile din SUA și din alte zone ale lumii. Obsesia mea este de așa natură, încât pot să-ți spun în orice moment care aziluri din Noua Zeelandă, care nave de croazieră din Mediterană și care școli generale din Virginia au de-a face cu epidemii. O

dată, când mă plângeam tatălui meu că nu există o bază de date cu informații despre epidemiile de norovirus așa cum există pentru gripă, a intervenit soția mea.

— Ba da, există, a spus ea.

Ne-am uitat la ea neîncrezători.

— Tu, a zis ea, și avea dreptate.

Emetofobia mi-a controlat viața, cu o intensitate fluctuantă a tiraniei, timp de vreo 35 de ani. Nimic – nici miile de ore de psihoterapie prin care am trecut, nici zecile de medicamente pe care le-am luat, nici hipnoza la care m-am supus când aveam 18 ani, nici virusurile stomacale pe care le-am contractat și pe care le-am suportat fără să vomit – nu a reușit să o elimine.

Timp de câțiva ani am lucrat cu un terapeut, dr. M., o tânără psiholoagă care avea un cabinet la Centrul pentru Anxietate și Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston. Inițial căutasem un tratament pentru anxietatea mea de a vorbi în public, însă, după câteva luni de consiliere, dr. M. a propus să încercăm și principiile a ceea ce este cunoscut ca terapie prin expunere pentru suprimarea emetofobiei mele.

Și acesta e motivul pentru care în scurt timp am ajuns în centrul unui tablou absurd.

Țin o prelegere despre fondarea Peace Corps – care pare ușor artificială și ciudată, pentru că locul este o mică sală de conferințe în care se intră dintr-unul din holurile Centrului pentru Anxietate și Tulburări Anxioase. Audiența mea constă în dr. M. și trei studenți pe care i-a adunat în ultimul moment din împrejurimile clădirii. În timpul discursului meu, într-un colț al încăperii, pe un televizor mare rulează un montaj video cu oameni care vomită.

— Inițial, planul președintelui Kennedy era ca activitatea Peace Corps să se desfășoare în sediul Agenției pentru Dezvoltare Internațională, spun eu în timp ce pe ecranul din dreapta mea un om își varsă mațele. Dar Lyndon Johnson fusese convins de Sargent Shriver, cumnatul lui Kennedy, că aducerea Peace Corps în cadrul unei birocrații guvernamentale deja existente ar însemna să-i anuleze eficiența și s-o castreze. Pe ecran, voma stropește podeaua.

Un dispozitiv atașat pe un deget îmi monitorizează ritmul cardiac și nivelul de oxigen din sânge. O dată la câteva minute, dr. M. îmi întrerupe discursul și zice:

— Spune-mi scorul anxietății tale de acum.

Eu trebuie să răspund oferindu-i o evaluare a anxietății mele din acel moment pe o scară de la 1 la 10, 1 însemnând complet calm, iar 10 teroare pură.

— Cam șase, spun eu cu sinceritate. Sunt mai puțin anxios cât stânjenit și îngrețoșat.

— Dă-i înainte, spune ea, și eu mă întorc la prelegerea mea în timp ce pe ecran continuă cacofonia de vomitări.

Când mă uit în sală văd că studenții, două fete și un băiat, încearcă să fie atenți la ce spun, dar sunt evident distrași de tămbălăul din fundal. Tânărul este galben la față; mărul lui Adam îi tremură. Îmi dau seama că se împotrivește reflexului de regurgitare.

Da, mă simt puțin anxios, dar și întru totul ridicol. Cum se poate ca faptul de a susține un fals discurs în fața unei false audiențe între imagini nesfârșite de vomă să mă vindece de fobia de a vorbi în public sau de a vomita?

Oricât de bizară ar fi această scenă, principiile terapeutice de la bază sunt bine stabilite. Terapia prin expunere – în esență, expunere la orice ar fi ceea ce provoacă frica patologică, indiferent dacă e vorba de șobolani sau șerpi sau avioane sau înălțimi sau vomă – constituie de zeci de ani un tratament standard pentru fobii și este acum o componentă importantă a terapiei cognitiv-comportamentale. Logica acestei abordări – sprijinită recent de cercetările realizate de specialiști în neuroștiințe – este că expunerea prelungită la obiectul fricii sub îndrumarea unui terapeut face ca obiectul să devină mai puțin înfricoșător. Însoțită de terapeut, o persoană care se teme de înălțimi ajunge din ce în ce mai aproape de marginea unui balcon de la un etaj din ce în ce mai înalt al unor clădiri din ce în ce mai înalte. O persoană cu siderodromofobie (fobie de trenuri) face un drum scurt cu metroul, apoi unul mai lung și apoi unul și mai lung, până când frica se reduce și, treptat, dispare complet. O formă mai agresivă de expunere,

cunoscută ca *flooding* (inundare), constă într-o experiență mult mai intensă. Pentru a trata, să spunem, fobia de avion utilizând tehnica standard de expunere, persoana care se teme de zbor poate începe cu vizite la aeroport pentru a privi decolarea și aterizarea avioanelor până când se reduce nivelul anxietății. Ajunge chiar să intre într-un avion și să se obișnuiască să fie înăuntru, lăsând intensitatea reacțiilor fizice și a emoțiilor de frică să se amplifice și să scadă, după care face un scurt zbor comercial însoțită de un terapeut. În cele din urmă, va încheia programul reușind să zboare singură curse mai lungi. Spre deosebire de asta, aplicarea *flooding*-ului în cazul aerofobiei ar însemna ca pacientul să se urce într-un avion mic, cu două motoare, să fie ridicat în aer și supus unor acrobații aeronautice care să-i întoarcă stomacul pe dos. Conform acestei teorii, anxietatea pacientului va atinge inițial un nivel maxim, dar se va reduce apoi pe măsură ce învață rapid că poate supraviețui deopotrivă zborului și experienței propriei anxietăți. Unii terapeuți păstrează relația cu piloți din împrejurimi, astfel încât să poată oferi acest tip de terapie. (Dr. M. mi l-a oferit; am refuzat.)

David Barlow, fost director al Centrului pentru Anxietate și Tulburări Anxioase, afirmă că scopul terapiei prin expunere este de a „îl speria de moarte pe pacient" pentru a-l învăța că poate să tolereze frica.[1] Tehnicile de expunere ale lui Barlow pot părea crude și neobișnuite, dar el susține că rata de vindecare a fobiei ajunge la 85% (adesea într-o săptămână sau mai puțin), și există numeroase studii care confirmă această afirmație.[i2]

Ideea din spatele încercării dr. M. de a combina expunerea mea la vorbitul în public și vomitat era să-mi crească anxietatea cât de mult posibil – pentru a mă „expune" cu atât mai mult la ea și la lucrurile de care mă temeam, astfel încât să pot începe procesul de „eliminare" a acelor frici. Problema a fost că aceste simulări erau prea artificiale pentru a-mi genera un nivel suficient de

---

[i]) Pe de altă parte există multe dovezi care arată că anxietatea fobică se formează mult mai ușor decât se elimină. Barlow însuși are o fobie de înălțimi de care recunoaște că nu a reușit să se vindece.[3]

anxietate. Să discut cu câțiva studenți în cabinetul dr. M. mă făcea să mă simt agitat și inconfortabil, dar nu genera vreodată ceva asemănător groazei copleșitoare pe care o provoacă un angajament real de a vorbi în public – mai ales din moment ce știam că studenții studiau tulburările de anxietate. Nu mă simțeam obligat, ca de obicei, să încerc să-mi ascund anxietatea; porneam deja de la premisa că colegii dr. M. mă considerau damblagit, așa că nu trebuia să fac eforturi generatoare de anxietate pentru a-mi ascunde damblageala. Așa că, deși până și micile întâlniri de la slujbă mă puteau arunca încă într-o panică agonizantă – ca să nu mai vorbesc de angajamentele de a vorbi în fața unor săli pline, care mă îngrozeau luni întregi –, falsele prezentări pe care le făceam în ședințele săptămânale cu dr. M. erau copii palide ale versiunii reale. Da, ciudate și neplăcute, dar nu antrenau suficientă anxietate pentru a constitui o terapie prin expunere eficientă.

În mod asemănător, deși experiența de a privi înregistrări cu persoane care vomitau era stânjenitoare și neplăcută, nu producea nimic asemănător nivelului de groază care face membrele să tremure și sufletul să se cutremure provocat de senzația că sunt pe cale să vomit; știam că acele filme nu mă puteau infecta și știam că puteam oricând să mă uit pur și simplu în altă parte sau să le opresc dacă anxietatea mea devenea prea greu de suportat. În mod esențial – și fatal, în ceea ce privește eficiența terapiei prin expunere –, scăparea era oricând posibilă.[i]

Dându-și seama – la fel ca alți terapeuți de până atunci și de atunci înainte – că frica mea de a vomita se afla la baza celorlalte

[i]) Întâmplător, însăși existența acestor filme în care se vomita – și până acum am văzut câteva – este o dovadă a frecvenței emetofobiei; utilizarea acestora a devenit o practică obișnuită în tratarea fobicilor. Unii terapeuți încearcă de asemenea să decondiționeze treptat pacienții emetofobi expunându-i la vomă artificială. (În caz că ești interesat, iată o rețetă recomandată de doi psihologi de la Universitatea Emory pe care i-am întâlnit în 2008 la o conferință: amestecă o conservă de supă de vită și orz cu o conservă de supă-cremă de ciuperci. Adaugă o cantitate mică de condimente dulci și oțet. Toarnă într-un borcan, sigilează-l și lasă-l o săptămână la soare.)

frici ale mele (de exemplu, mi-e teamă să zbor cu avionul în parte pentru că s-ar putea să mi se facă rău), dr. M. mi-a propus să ne concentrăm pe asta.

— Are sens, am fost eu de acord.

— Există un singur mod în care asta se poate face adecvat, a spus ea. Trebuie să te confrunți direct cu fobia, să te expui la ceea ce te sperie cel mai tare.

Hopa!

— Trebuie să te facem să vomiți.

Nu. Nu se poate. În nici un caz.

Mi-a explicat că un coleg tocmai reușise să trateze o femeie cu emetofobie dându-i sirop de ipeca, o substanță care provoacă vărsături. Pacienta, o femeie cu o funcție de conducere care venise cu avionul de la New York pentru a fi tratată, a petrecut o săptămână la Centrul pentru Anxietate și Tulburări Anxioase. În fiecare zi lua siropul pe care i-l aducea o asistentă, vărsa și apoi procesa această experiență împreună cu terapeutul – „decatastrofizând" întâmplarea, după cum spun terapeuții cognitiv-comportamentali. După o săptămână a zburat înapoi la New York – vindecată, raporta dr. M., de fobia ei.

Am rămas sceptic. Dr. M. mi-a oferit un articol dintr-o revistă științifică în care se raporta un caz clinic de emetofobie tratat prin metoda expunerii la ipeca.

— Ăsta e un singur caz, am zis eu. E din 1979.[4]

— Au fost multe altele, a spus ea și mi-a reamintit de pacienta colegului ei.

— Nu pot s-o fac.

— Nu trebuie să faci nimic ce nu vrei să faci, a spus dr. M. Nu o să te forțez niciodată să faci ceva. Dar singurul mod în care poți să-ți depășești fobia este să te confrunți cu ea. Iar singurul mod de a te confrunta cu ea este să vomiți.

Am avut multe versiuni ale acestei conversații de-a lungul mai multor luni. Aveam încredere în dr. M., în ciuda expunerii aparent stupide pe care mi-o pregătise. (Era blândă și drăguță și inteligentă.) Așa că într-o zi de toamnă am surprins-o spunându-i că

eram gata să mă gândesc la această idee. Cu blândețe, pe un ton liniștitor, mi-a vorbit despre toate aspectele procesului. Ea și o asistentă vor rezerva un laborator de la etaj, pentru intimitatea mea, și vor fi cu mine tot timpul. Voi mânca, voi lua ipeca și voi vomita rapid (și voi supraviețui fără probleme, a spus ea). Apoi vom lucra la „recadrarea cogniților mele" despre vomitat. Voi învăța că nu e ceva de care să fiu îngrozit și voi fi eliberat.

M-a dus la etaj ca să mă întâlnesc cu asistenta. Asistenta R. m-a condus la laborator și mi-a explicat că ingurgitarea de ipeca este o formă standard de terapie prin expunere; a spus că fusese implicată în numeroase expuneri ale unor foști emetofobi.

— Chiar săptămâna trecută a fost aici un tip, a zis ea. Era foarte neliniștit, dar totul a mers bine.

Ne-am întors în cabinetul dr. M.

— În regulă, am spus eu. O s-o fac. Poate.

În următoarele săptămâni am tot reprogramat expunerea – și în ziua stabilită amânam, spunând că nu sunt gata. Am făcut asta de atâtea ori, încât am șocat-o pe dr. M. când, într-o joi neobișnuit de caldă de început de decembrie, m-am prezentat la cabinetul ei pentru ședința programată și am spus:

— Bine. Sunt pregătit.

Exercițiul a început cu ghinion. Asistenta R. nu mai avea ipeca, așa că a trebuit să dea fuga la farmacie să mai cumpere, în timp ce eu am așteptat o oră în cabinetul dr. M. Apoi s-a dovedit că laboratorul de la etaj era încuiat, așa că expunerea trebuia să se desfășoare într-o mică toaletă publică de la subsol. Am fost constant pe punctul de a renunța; singurul motiv pentru care nu am făcut-o a fost probabil că nu știam că pot.

Ceea ce urmează este un extras editat din relatarea pe care am scris-o apoi într-o manieră cât se poate de obiectivă la recomandarea dr. M. (Relatarea neutră afectiv este o modalitate prescrisă în mod obișnuit în încercarea de a preveni tulburarea de stres posttraumatic după o experiență traumatică.) Dacă și tu ești emetofob sau dacă doar ți se face ușor greață s-ar putea să fie mai bine să sari peste partea asta.

Ne-am întâlnit cu asistenta R. în toaleta de la subsol. După o discuție inițială am luat ipeca.

Ajungând într-un punct în care nu mai puteam da înapoi, am simțit cum anxietatea mea crește semnificativ. Am început să tremur ușor. Speram totuși să mi se facă repede greață, totul să se încheie curând și să descopăr că experiența nu a fost atât de rea pe cât mă așteptam.

Dr. M. mi-a prins de deget un dispozitiv de monitorizare a pulsului și a nivelului de oxigen din sânge. În timp ce așteptam să fiu cuprins de greață, mi-a cerut să-i spun nivelul anxietății mele pe o scară de la 1 la 10.

— Cam nouă, am zis.

Acum începeam să simt oarecare greață. Mi-a venit brusc să vomit și m-am întors spre toaletă. M-am opintit de două ori – dar nu a ieșit nimic. Am îngenuncheat pe podea și am așteptat, încă sperând că lucrurile se vor desfășura rapid și se vor încheia. Simțeam ca o greutate monitorul de pe deget, așa că l-am scos.

După un timp mi-a venit din nou să vomit și diafragma mi s-a contractat. Asistenta R. mi-a explicat că asta precedă evenimentul principal. Acum eram disperat să se termine.

Greața a început să vină în valuri intense, prăvălindu-se peste mine și apoi retrăgându-se. Simțeam în continuare că-mi vine să vomit, dar doar mă forțam, fără să iasă nimic. De câteva ori chiar am simțit cum mi se contractă stomacul. Dar mă opinteam și... nu se întâmpla nimic.

În acel moment am pierdut noțiunea timpului. La fiecare convulsie transpiram abundent și, când trecea greața, eram leoarcă de sudoare. Mă simțeam amețit și-mi făceam griji că s-ar putea să leșin și să vomit și să inhalez și să mor. Când am spus că sunt amețit, asistenta R. m-a asigurat că am o culoare bună. Dar mi s-a părut că ea și dr. M. erau puțin alarmate. Asta mi-a amplificat anxietatea – pentru că dacă *ele* erau îngrijorate, mă gândeam, atunci chiar trebuia să-mi fac griji. (Pe de altă parte, la un anumit nivel îmi *doream* să leșin, chiar dacă asta însemna să mor.)

După aproximativ 40 de minute și încă niște convulsii, dr. M. și asistenta R. mi-au sugerat să mai iau niște ipeca. Dar mi-a fost teamă că o a doua doză m-ar face să-mi fie și mai greață o perioadă și mai lungă. Eram îngrijorat că s-ar putea să-mi vină să vomit fără să vărs ore sau zile în șir. La un moment dat, am trecut de la speranța că voi vomita rapid și că ordalia se va încheia la gândul că poate ar trebui să mă împotrivesc efectului provocat de ipeca și pur și simplu să aștept să treacă greața. Eram epuizat, mi-era groaznic de greață și mă simțeam cu totul mizerabil. Între spasme, zăceam pe gresie tremurând.

A trecut mult timp. Asistenta R. și dr. M. tot încercau să mă convingă să mai iau ipeca, dar acum nu voiam decât să evit să vomit. Nu mai avusesem spasme de ceva vreme, așa că am fost uimit când m-a apucat din nou senzația violentă că-mi vine să vărs. Simțeam cum stomacul mi se întoarce pe dos și eram sigur că de data asta chiar se va întâmpla ceva. Nu s-a întâmplat. Am mai inhibat câteva spasme, după care greața a început să scadă considerabil. Ăsta a fost punctul în care am început să-mi recapăt speranța că voi reuși să scap de acest chin fără să vomit.

Asistenta R. părea furioasă.

— Nene, ai mai mult control decât toți oamenii pe care-i știu, a spus ea.

(La un moment dat a întrebat iritată dacă nu cumva rezistam pentru că nu eram pregătit să închei încă tratamentul. Dr. M. a intervenit și a spus că evident nu așa stau lucrurile – doar luasem ipeca, pentru numele lui Dumnezeu.) În cele din urmă – trecuseră de-acum câteva ore de când luasem ipeca –, asistenta R. a plecat, spunând că nu a văzut niciodată pe cineva să ia ipeca și să nu vomite.[i]

După încă o vreme și noi încurajări din partea dr. M. de a încerca să „finalizez expunerea", am decis împreună să

[i]) Am citit ulterior că în cazul a până la 15% din oameni – un număr disproporționat dintre aceștia fiind emetofobi – o doză unică de ipeca nu provoacă vărsături.

„încheiem încercarea". Îmi era greață în continuare, dar mai puțin decât înainte. Am vorbit puțin în cabinetul ei și apoi am plecat.

Conducând spre casă, am devenit extrem de anxios că s-ar putea să vomit și să fac un accident. Așteptam cu groază la semafor.

Când am ajuns acasă m-am băgat în pat și am dormit câteva ore. După ce m-am trezit, m-am simțit mai bine; îmi trecuse greața. Dar în acea noapte am avut mai multe coșmaruri în care îmi venea să vomit în toaleta de la subsolul centrului.

În dimineața următoare am reușit să ajung la birou pentru o întâlnire – dar apoi panica s-a intensificat puternic și a trebuit să mă duc acasă. În următoarele câteva zile am fost prea anxios să ies din casă.

Dr. M. m-a sunat a doua zi să se asigure că eram bine. Cu siguranță îi părea rău că mă făcuse să trec printr-o experiență atât de groaznică. Deși fusesem traumatizat de acest episod, sentimentul ei de vinovăție era atât de intens încât o compătimeam. La finalul relatării pe care am scris-o la cererea ei, și care era destul de precisă, am mascat realitatea afectivă a ceea ce credeam (și anume că expunerea fusese un dezastru abject și să asistenta R. era o jigodie înfumurată) printr-un ton clinic antiseptic. „Dat fiind istoricul meu, am dat dovadă de curaj luând ipeca", am scris. „Îmi doream să vomit repede. Dar întreaga experiență a fost traumatizantă, iar nivelul meu general de anxietate – și fobia mea de vomitat – sunt mai intense decât înaintea expunerii. Recunosc totuși, pe baza acestei experiențe de a rezista efectelor provocate de ipeca, faptul că abilitatea mea de a mă abține să vomit este destul de puternică."

Mai puternică, se pare, decât a dr. M. Mi-a spus că a trebuit să-și anuleze toate ședințele programate în după-amiaza zilei expunerii – faptul de a mă privi cum mă înec și cum lupt împotriva efectelor provocate de ipeca a făcut-o în mod evident să se simtă atât de rău, încât și-a petrecut după-amiaza acasă, vomitând.

Mărturisesc că am simțit o plăcere perversă provocată de această ironie – ipeca pe care *eu* am luat-o a făcut pe *altcineva* să vomite –, dar, în esență, mă simțeam traumatizat și foarte anxios. Se pare că nu mă pricep prea bine să-mi depășesc fobiile, dar reușesc destul de bine să-i fac pe terapeuții mei și pe asociații lor să se simtă rău.

M-am mai întâlnit cu dr. M. timp de câteva luni – am „procesat" expunerea ratată, după care, dat fiind că amândoi doream să uităm toată treaba, am trecut de la emetofobie la diverse alte fobii și nevroze – dar ședințele aveau acum un iz elegiac, dezlânat. Știam amândoi că se terminase.[i]

Uneltele care slujesc să descarce pântecul au umflările și strânsorile lor anume, în afara și împotriva chibzuielii noastre.

— Michel de Montaigne, „De la force de l'imagination" (1574)[a]

Mintea, după cum spun specialiștii în neurofilozofie, este întru totul încorporată; este, cum spune Aristotel, „materializată". Clișeele corporale ale agitației nervoase („a avea fluturi în stomac"), anticiparea anxioasă („a te scăpa în pantaloni", „a te căca pe tine de frică") sau groaza (resimțită „în burtă") de fapt nu sunt clișee și nici metafore, ci truisme – descrieri precise ale efectelor fiziologice provocate de anxietate. Medicii și filozofii au observat de-a lungul mileniilor puterea a ceea ce revistele medicale numesc axa creier–sistem digestiv. „Se poate chiar să existe o relație între o

[i]) În cele din urmă, ea s-a mutat, acceptând un post universitar undeva în sud-vest, unde avea posibilitatea de a primi o catedră. În ciuda tuturor lucrurilor care s-au întâmplat, o plac. Dar întotdeauna mă întreb: i se pare ciudat să vorbească cu un fost pacient care vine acum la conferințele astea cu un caiet, pozând în jurnalist și într-un fel de expert în anxietate? Cât de des se gândește *Ăsta e tipul căruia i-am dat ipeca și la care m-am uitat ore în șir cum se contorsionează și plânge și tremură pe podeaua unei toalete publice*?

[a]) Vezi Michel de Montaigne, *Eseuri*, cap. XXI, „Despre tăria închipuirii", trad. de Mariella Seulescu, Editura Științifică, București, 1966, p. 94 (n. tr.).

fobie şi friptura de vită, atât sunt de strâns legate stomacul şi creierul"[5], scria Wilfred Northfield în 1934.

Burta stricată din cauza nervilor este necazul modernităţii. Conform unui raport realizat de Harvard Medical School, până la 12% dintre toate persoanele care s-au prezentat la medicul de familie în SUA au făcut-o pentru sindromul colonului iritabil[6], sau SCI (*irritable bowel syndrome* – IBS), afecţiune caracterizată de dureri de burtă şi alternanţe de constipaţie şi diaree, despre care majoritatea specialiştilor consideră că este total sau parţial cauzată de stres sau anxietate. Identificată pentru prima dată în 1830 de medicul britanic John Howship[7], SCI a fost de atunci denumită, printre altele, „colon spastic", „intestin spastic", „colită" şi „tulburare intestinală funcţională". (Medicii din Evul Mediu şi Renaştere o numeau „melancolie vântoasă" şi „flatulenţă ipohondrică".) Fiindcă nu a fost niciodată clar identificată o cauză organică a SCI, majoritatea medicilor pun prezenţa acesteia pe seama stresului, conflictului afectiv sau a vreunei alte surse psihologice. În absenţa unei disfuncţionalităţi evidente a nervilor şi muşchilor intestinali, medicii tind să presupună o disfuncţionalitate a creierului – poate o conştiinţă hipersensibilă a senzaţiilor intestinale. Într-o bine-cunoscută serie de experimente[8], în care se umflau baloane în colonul pacienţilor cu SCI şi al subiecţilor sănătoşi din grupul de control, pacienţii cu SCI au raportat un prag de durere mult mai scăzut, ceea ce sugerează că relaţia organe–creier poate fi mult mai sensibilă la pacienţii cu intestin iritabil.

Acest fapt este congruent cu trăsătura numită sensibilitate la anxietate, care, a demonstrat cercetarea, are o corelaţie semnificativă cu tulburarea de panică. Indivizii cu scoruri mari pe aşa-numitul Index al Sensibilităţii la Anxietate, ISA (Anxiety Sensitivity Index, ASI), au un nivel ridicat a ceea ce se numeşte conştiinţă interoceptivă, ceea ce înseamnă că sunt foarte acordaţi la mecanismele interne ale propriului corp, la susurul şi foşnetul propriei fiziologii; sunt mai conştienţi decât ceilalţi oameni de ritmul lor cardiac, de tensiunea arterială, de temperatura corpului,

de ritmul respirației, de murmurul digestiv și așa mai departe. Această hiperconștientizare a activității fiziologice îi predispune pe acești oameni la „atacuri de panică cu indicatori interni": individul cu un scor ISA mare ia act de o creștere subtilă a ritmului cardiac, o senzație vagă de amețeală sau un ușor tremur în piept; la rândul ei, această percepție provoacă un frison de anxietate conștientă (*Fac infarct?*), care face ca aceste senzații fizice să se intensifice. Individul percepe imediat această intensificare a senzației – care la rândul ei generează mai multă anxietate, provocând senzații și mai intense, și nu trece mult până când ajunge în ghearele panicii. Mai multe studii recente publicate în reviste ca *Journal of Psychosomatic Research* au descoperit o relație semnificativă între sensibilitatea la anxietate, sindromul colonului iritabil, îngrijorare și trăsătura de personalitate cunoscută ca nevrotism, pe care psihologii o definesc, după cum este de așteptat, ca tendința de a te concentra asupra aspectelor negative; o susceptibilitate ridicată la sentimente excesive de anxietate, vinovăție și depresie; și o predispoziție de a reacționa exagerat la stres minor. Deloc surprinzător, oamenii cu scoruri mari la testele cognitive de nevrotism sunt disproporționat de predispuși să dezvolte fobii, tulburare de panică și depresie. (Oamenii cu scoruri mici pe scala nevrotismului sunt disproporționat de rezistenți la aceste tulburări.)

Dovezile sugerează că oamenii cu colon iritabil au un corp mai reactiv din punct de vedere fizic la stres. Am dat recent de un articol[9] din revista medicală *Gut* care explică relația circulară dintre cogniție (gândirea conștientă) și elementele fiziologice asociate (ceea ce face corpul ca reacție la gândire): oamenii mai puțin anxioși tind să aibă o minte care nu reacționează exagerat la stres și un corp care nu reacționează exagerat la stres atunci când mintea îl percepe, în timp ce oamenii cu anxietate clinică tind să aibă o minte sensibilă într-un corp sensibil – un nivel scăzut de stres îi face să se îngrijoreze și un nivel scăzut de îngrijorare le face corpul disfuncțional. De asemenea, oamenii cu un stomac cu tulburări digestive au o probabilitate mai mare decât oamenii cu un stomac mai rezistent să se plângă de dureri de cap, palpitații,

insuficiență respiratorie și o stare generală de oboseală. Unele dovezi sugerează că oamenii cu sindrom de colon iritabil au o sensibilitate mai mare la durere, au o tendință accentuată de a se plânge de afecțiuni minore, cum ar fi răcelile, și au o probabilitate mai mare decât alți oameni de a se considera bolnavi.

Majoritatea cazurilor de deranjament stomacal, scria fiziologul Walter Cannon în 1909, sunt „de origine nervoasă"[10]. În articolul său „The Influence of Emotional States on the Functions of the Alimentary Canal" („Influența stărilor afective asupra funcționării tubului digestiv"), Cannon trăgea concluzia că gândurile anxioase au efecte directe – prin intermediul nervilor sistemului nervos simpatic – asupra mișcărilor fizice ale stomacului (adică la nivelul peristaltismului, procesul prin care hrana trece prin sistemul digestiv) și asupra secrețiilor gastrice. Teoria lui Cannon a fost confirmată de cercetări moderne realizate la centre medicale, care au descoperit că problemele digestive cele mai frecvente sunt provocate de stres: între 42% și 61% dintre pacienții cu tulburări digestive funcționale au și un diagnostic psihiatric[11], cel mai adesea de anxietate sau depresie; un studiu a descoperit o suprapunere de 40% între pacienții cu tulburare de panică și tulburări gastrointestinale funcționale.[i12]

---

[i]) O dovadă în plus că o mare parte din problemele digestive își au originea în creier, și nu în burtă, este faptul că până acum nu s-a demonstrat eficiența vreunui medicament pentru probleme intestinale asupra simptomelor sindromului de colon iritabil – dar dovezi considerabile indică faptul că anumite medicamente antidepresive pot avea efect. (Înainte de anii '60, una dintre cele mai frecvente rețete pentru SCI era un amestec de morfină și barbiturice.) Un studiu recent a descoperit că pacienții cu SCI care au primit injecții cu Celexa, un antidepresiv ISRS, au raportat o reducere a „hipersensibilității organice".

Michael Gershon, profesor de patologie și biologie celulară la Universitatea Columbia, afirmă că motivul pentru care antidepresivele reduc simptomele SCI nu este că influențează neurotransmițătorii din creier, ci că influențează neurotransmițătorii din stomac. (În anii '30, când s-a descoperit serotonina, a fost numită inițial enteramină, întrucât există într-o concentrație ridicată în sistemul digestiv.) Gershon numește stomacul „al doilea

„Frica provoacă diaree", scria Aristotel, „pentru că emoția face să se ridice temperatura din intestine"[13]. Hipocrate atribuia și problemele digestive, și anxietatea (ca să nu mai vorbim de hemoroizi și acnee) unui surplus de bilă neagră. Galenus, medicul din Roma antică, dădea vina pe bila galbenă. „În stomacul oamenilor asaltați de frică se revarsă un volum deloc neînsemnat de bilă galbenă", observa el, „care îi face să simtă că îi roade ceva, iar suferința din minte și roaderea din trup nu dispar până ce nu varsă bila"[14].

Dar abia în 1833, odată cu publicarea monografiei *Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion* (*Experimente și observații asupra sucurilor gastrice și fiziologiei digestiei*), legătura dintre stările afective și indigestie a început să fie înțeleasă cu precizie științifică. La 6 iunie 1822, Alexis St. Martin, un vânător angajat de Compania Americană de Blănuri, a fost împușcat accidental în stomac de la mică distanță cu o pușcă cu alice mari. Era de așteptat să moară, dar, în grija lui William Beaumont, medic din nordul New Yorkului, a supraviețuit, deși cu o afecțiune neobișnuită: o gaură nevindecată, sau fistulă, în stomac. Beaumont a înțeles că fistula vânătorului constituia o oportunitate remarcabilă de observație științifică: putea să vadă la propriu în stomacul lui St. Martin. În următorii zece ani, Beaumont a realizat numeroase experimente, folosind fistula vânătorului ca fereastră a mecanismului digestiv.

Beaumont a remarcat că stările afective ale lui St. Martin aveau un efect puternic asupra stomacului său, un efect care putea fi observat ușor cu ochiul liber: culoarea mucoasei gastrice a vânătorului se schimba drastic în funcție de emoțiile lui, asemenea unui inel care-și schimbă culoarea în funcție de starea afectivă a persoanei care îl poartă. Uneori mucoasa era de un roșu intens; alteori, ca atunci când St. Martin era anxios, devenea albicioasă.

---

creier" și observă că este la fel de probabil ca problemele digestive să constituie cauza anxietății, după cum și invers. „Creierul din burtă trebuie să funcționeze bine, altfel nimeni nu și-ar permite deloc să gândească", spune el. „Nimeni nu judecă bine când mintea este preocupată de toaletă."

„M-am folosit de ocazia oferită de circumstanțe care probabil nu se vor mai repeta", scria Beaumont. Dar se înșela. Literatura medicală a înregistrat în următorul secol cel puțin două cazuri ulterioare de cercetări asupra digestiei realizate pe pacienți cu găuri în stomac. Iar apoi, în 1941, Stewart Wolf și Harold Wolff, medici la Spitalul New York din Manhattan, l-au descoperit pe Tom.

Într-o zi din 1904, când Tom avea nouă ani, a luat o înghițitură din ceva ce credea că e bere (din vadra în care tatăl lui ținea berea), dar s-a dovedit a fi supă de scoici fierbinte. Supa i-a ars tractul digestiv superior, iar el a leșinat. Până când mama lui l-a adus la spital, esofagul i se lipise. Pentru tot restul vieții, nu a mai putut primi hrană decât printr-o gaură deschisă chirurgical în peretele stomacului. La exterior, gaura avea de jur împrejur un segment de mucoasă gastrică. Se hrănea mestecând mâncarea și apoi inserând-o direct în stomac printr-o pâlnie pusă în gaura din abdomen.

Dr. Wolf și dr. Wolff au aflat despre Tom în 1941, când acesta, lucrând la sistemul de canalizare, a fost obligat să solicite îngrijiri medicale din cauza unei iritații a rănii. Recunoscând ocazia de cercetare pe care o reprezenta afecțiunea lui Tom, medicii l-au angajat ca asistent de laborator și au realizat numeroase experimente pe el pe parcursul a șapte luni. Rezultatele au fost publicate în cartea lor din 1943, *Human Gastric Function* (*Funcția gastrică a omului*), un reper al cercetării din domeniul psihosomaticii.

Bazându-se pe descoperirile lui Beaumont, medicii au observat că mucoasa stomacului lui Tom își schimba considerabil culoarea în funcție de nivelul activității lui – de la „roșu vag gălbui la roșu aprins". Nivelurile mai ridicate de activitate digestivă tindeau să fie corelate cu nuanțe mai închise de roșu (indicând un flux mai intens de sânge în stomac), iar nivelurile mai scăzute, printre care cele induse de anxietate, corelau cu nuanțe mai deschise (indicând retragerea fluxului sangvin din stomac).

Medicii au putut să schițeze corelații care fuseseră de mult presupuse, dar care nu au putut fi niciodată demonstrate științific. Într-o după-amiază, un alt medic a dat buzna în laborator, înjurând în barbă și deschizând și închizând rapid sertare, căutând

documente rătăcite. Tom, a cărui treabă era să facă curățenie în laborator, s-a alarmat, crezând că o să-și piardă slujba. Mucoasa gastrică s-a deschis imediat la culoare, scăzând de la 90% pe scala intensității roșului la 20%.[15] Secreția de acid a încetat aproape de tot. Când, câteva minute mai târziu, medicul a găsit documentele rătăcite, secreția de acid s-a reluat și culoarea a revenit treptat în stomacul lui Tom.

La un anumit nivel, toate astea nu sunt surprinzătoare; toată lumea știe că anxietatea poate provoca probleme gastrointestinale. (Prietena mea Ann spune că cel mai eficient regim pe care l-a încercat vreodată a fost Dieta Divorțului Stresant.) Dar *Human Gastric Function* a reprezentat prima carte în care legăturile au fost făcute într-un mod atât de precis și sistematic. Relația dintre starea mentală a lui Tom și digestia lui nu era vagă și difuză; stomacul lui era o imagine concretă și directă a psihologiei lui. Rezumându-și observațiile, Wolf și Wolff au ajuns la concluzia că există o corelație inversă semnificativă între ceea ce ei numeau „siguranță afectivă" și disconfort digestiv.

Asta este cu siguranță adevărat în cazul meu. Anxietatea mă face să mă doară stomacul și să mă stric la burtă. Faptul că mă doare stomacul și că mă stric la burtă mă face *și mai* anxios, ceea ce mă face să mă doară stomacul și mai tare și mă stric la burtă și mai rău, așa că aproape fiecare călătorie la oarece depărtare de casă se desfășoară la fel: alerg frenetic de la o toaletă la alta, într-un fel de tur de onoare al latrinelor din zonă. De exemplu, nu am amintiri prea vii de când am fost la Vatican sau Coloseum, sau de când am mers cu trenul în Italia. Dar am amintiri mistuitoare cu toaletele publice de la Vatican și de la Coloseum și din diferite gări italiene. Într-o zi am vizitat Fontana di Trevi – de fapt, mai degrabă soția mea și familia ei au vizitat Fontana di Trevi. Eu am vizitat toaleta unei *gelateria* din apropiere, unde mai mulți italieni au început să bată nerăbdători la ușă când mi-am instalat tabăra acolo. A doua zi, când familia a mers cu mașina la Pompei, eu am renunțat și am rămas în pat, reconfortant de aproape de toaletă.

Cu câțiva ani înainte, după căderea Zidului Berlinului și dizoluția Pactului de la Varșovia, am călătorit în Europa de Est pentru

a o vizita pe prietena mea Ann, care era studentă în Polonia. Se afla acolo de șase luni când am ajuns eu; plănuisem și abandonasem (din cauza anxietății) mai multe călătorii, și numai teama că Ann mă va părăsi în cele din urmă dacă nu mă duceam să mă întâlnesc cu ea la Varșovia m-a făcut să lupt cu groaza pe care mi-o provoca zborul transatlantic. Aproape pierzându-mi cunoștința de cât de sedat eram, am zburat de la Boston la Londra și de acolo la Varșovia. Cu mintea încețoșată de sedative, de medicamente antiemetice și de diferența de fus orar, am traversat împleticindu-mă prima noastră zi și jumătate petrecută împreună. Intestinele mele s-au trezit la viață odată cu restul corpului, după ce a trecut efectul Dramaminei și Xanaxului. Am ajuns să facem turul Europei de Est din toaletă în toaletă. Asta era frustrant pentru ea și chinuitor pentru mine – fiindcă, printre alte motive, multe toalete publice din Europa de Est erau pe atunci mai degrabă primitive; de multe ori trebuia mai întâi să plătești un paznic pentru hârtia igienică aspră, de proastă calitate, pe care o cumpărai pe bucățele. Până la finalul sejurului renunțasem; Ann se ducea să viziteze orașele, iar eu mă retrăgeam în camera noastră de hotel, unde măcar nu trebuia să-mi planific în avans drumurile la toaletă.

Pe bună dreptate, Ann a ajuns să fie iritată de toate astea. După ce am fost la casa lui Franz Kafka (care, în paranteză fie spus, suferea de probleme intestinale cronice), în timp ce ne plimbam prin Piața Václav, din Praga, m-am plâns că mă durea burta. Exasperată, Ann nu s-a mai putut abține. „Poate ar trebui să scrii o disertație despre stomacul tău", a spus ea, bătându-și joc de preocuparea mea. Preocupare pe care, după cum poate ați observat, n-am reușit să o depășesc.

Dar e greu să nu fii preocupat de stomacul tău dacă îți stăpânește existența. Câteva experiențe dureroase – să-ți mânjești pantalonii în avion, să spunem, sau la o întâlnire – te fac să te concentrezi pătimaș pe tractul tău gastrointestinal. Trebuie să faci eforturi să planifici în funcție de el – fiindcă nu se întâmplă întotdeauna ca el să-și facă planuri în funcție de tine.

Exemplu: în urmă cu 15 ani, când mă documentam pentru prima mea carte, am petrecut o parte din vară la Cape Cod, alături

de familia extinsă Kennedy. Într-un weekend, Bill Clinton, pe atunci președinte, care-și făcea vacanța la Martha's Vineyard, a trecut pe la Nantucket Sound să-l ia pe Ted Kennedy cu barca. Hyannis Port, unde se află casele de vacanță ale familiei Kennedy, era plin de funcționari ai președinției și agenți secreți. Având timp de pierdut înainte de cină, m-am hotărât să mă plimb prin oraș și să admir priveliștea.

Proastă idee. Așa cum se întâmplă frecvent în cazul sindromului de colon iritabil, mi s-au desfundat țevile exact în momentul în care am trecut de Zona cu Toalete Ușor Accesibile. Am luat-o la fugă înapoi spre casa în care stăteam și de câteva ori am fost convins că nu voi reuși – cu dinții încleștați, leoarcă de sudoare –, ajunsesem că evaluez potențialul latrinic al tufișurilor și magaziilor pe lângă care treceam. Gândul la ce s-ar întâmpla dacă un agent al Serviciilor Secrete ar da de mine ghemuit într-un boschet a conferit eforturilor mele de a mă stăpâni puterea nepământească a panicii.

Când m-am apropiat de intrare, am analizat mental planul casei (*Care dintre numeroasele toalete ale vilei este cea mai apropiată de ușă? Reușesc să ajung la etaj, în camera mea?*) și, în același timp, m-am rugat să nu fiu acostat fatal de vreun Kennedy sau de vreo vedetă rătăcită (în acel weekend erau în vizită, printre alții, Arnold Schwarzenegger, Liza Minnelli și secretarul marinei).

Din fericire, am ajuns în casă fără să mă oprească nimeni. Apoi am calculat rapid: *Am timp să fac tot drumul până la etaj și de-a lungul coridorului până la camera mea? Sau ar trebui să mă bag în toaleta cea mai apropiată de intrare?* Auzind sunete de pași care veneau de la etaj și temându-mă de o întâlnire care s-ar fi putut prelungi, am ales a doua variantă și am zbughit-o în toaleta despărțită de hol de o anticameră și două uși. Am gonit prin anticameră și m-am aruncat pe toaletă.

Ușurarea mea a fost extravagantă și aproape metafizică.

Dar apoi am tras apa și... s-a întâmplat ceva. Mă udam la picioare. M-am uitat în jos și am văzut îngrozit că de la baza toaletei curgea apă. Părea să fi explodat ceva. Podeaua, pantofii, pantalonii și chiloții mei erau leoarcă. Nivelul apei creștea.

Instinctiv, m-am ridicat și m-am întors. Putea fi oprită inundația? Am scos capacul de porțelan de la rezervorul toaletei, împrăștiind florile și celelalte chestii așezate pe el, și am început să mestesc frenetic la mecanismul dinăuntru. Am încercat orbește să ridic asta și să cobor ailaltă, să trag de o chestie și să apăs pe alta, pescuind după ceva care ar fi putut să oprească fluxul.

Cumva, de capul ei sau ca efect al eforturilor mele aleatorii, inundația s-a potolit și s-a oprit. Am privit scena. Hainele mele erau fleașcă și murdare. La fel și covorașul de baie. Fără să mă gândesc, mi-am scos pantalonii și boxerii, i-am înfășurat în covorul plin de apă și le-am băgat pe toate în coșul de gunoi, pe care l-am ascuns în dulapul de sub chiuvetă. *Trebuie să rezolv asta mai târziu*, m-am gândit.

În acest moment nefavorabil a sunat clopoțelul care anunța cina, semnalând că era timpul să ne adunăm pentru cocktailuri în sufragerie.

Care era fix în dreptul băii.

În care eram eu cu apa de canalizare până la glezne.

Am smuls toate prosoapele de hârtie din suportul de pe perete și le-am aruncat pe jos ca să absoarbă o parte din apă. M-am pus în patru labe și, desfășurând toată rola de hârtie igienică, am început să șterg pe jos. Era ca și cum aș fi încercat să sec un lac cu un burete de bucătărie.

Ceea ce simțeam atunci nu era, strict vorbind, anxietate; era mai degrabă un sentiment de resemnare că asta a fost, umilirea mea va fi totală. Mă mânjisem, distrusesem sistemul de canalizare al vilei și era posibil să mă aflu curând pe jumătate dezbrăcat înaintea Dumnezeu știe câtor membri ai elitei politice și hollywoodiene.

Auzeam voci care se apropiau. M-am gândit că am două opțiuni. Puteam să rămân pe poziții în baie, să mă ascund și să aștept să se încheie cocktailul și cina – cu riscul de a trebui să gonesc pe oricine ar începe să bată la ușă –, folosind acest interval pentru a încerca să curăț mizeria înainte de a mă strecura în dormitorul meu, după ce toată lumea se va fi dus la culcare. Sau puteam încerca să evadez.

Am luat toate prosoapele și toată hârtia igienică udă și le-am îndesat în dulap, după care m-am pregătit să scap de acolo. Am recuperat prosopul cel mai puțin mânjit (care era totuși murdar și îmbibat de apă) și mi l-am înfășurat atent pe talie. Lângă ușă, m-am concentrat să aud voci și pași, încercând să evaluez distanța și viteza apropierii. Știind că nu prea îmi rămânea timp înainte ca toată lumea să se adune în centrul casei, m-am furișat prin anticameră, am grăbit pasul pe hol și am zbughit-o pe scări. Am ajuns la primul etaj, am luat o curbă în formă de U și am alergat spre al doilea etaj – unde am dat nas în nas cu John F. Kennedy Jr. și un alt bărbat.

— Salut, Scott, a spus Kennedy.[i]

— Ăăă, salut, am spus eu, muncindu-mi creierul să găsească o explicație plauzibilă pentru faptul că alergam prin casă la ora cocktailului fără pantaloni, transpirat leoarcă, înfășurat într-un prosop mânjit și împuțit. Dar el și prietenul lui nu au părut deloc tulburați – ca și cum musafirii pe jumătate dezbrăcați, acoperiți de propriile excremente, ar fi fost o apariție obișnuită aici – și au trecut pe lângă mine pe scări.

M-am grăbit să ajung în camera mea, m-am spălat viguros, m-am schimbat și am încercat pe cât am putut să-mi vin în fire – ceea ce nu era simplu, dat fiind că transpiram abundent, prin blazer, ca efect al anxietății, efortului și umidității de vară.

Dacă ar fi fotografiat cineva scena cocktailului din acea seară, poza ar fi fost așa: vedete și politicieni și preoți strălucesc cu grație și bonomie și socializează cu ușurință pe veranda cu vedere spre Atlantic – și, puțin într-o parte, un scriitor tânăr și transpirat bea gin și apă tonică și se gândește cât de departe e posibilitatea de a se integra în această mulțime ilustră și că nu doar că nu este

[i]) Tocmai îl întâlnisem cu o zi înainte. „Eu sunt John Kennedy", a spus el întinzându-mi mâna când am făcut cunoștință. *Știu*, mi-a trecut prin minte în timp ce întindeam și eu mâna, găsind amuzant că trebuia să pretindă politicos că s-ar putea ca oamenii să nu-i știe numele, când, de fapt, doar un sihastru sau un marțian nu ar fi știut cine e, atât de omniprezentă era fața lui pe coperta revistelor din toate magazinele.

bogat sau celebru sau împlinit sau prea chipeș, dar nici măcar nu poate să-și controleze intestinele, fiind așadar mai potrivit să stea în compania animalelor sau sugarilor decât între adulți, ca să nu mai vorbim de adulți atât de luminați și importanți ca aceștia.

Tânărul scriitor transpirat își face griji și despre ce s-ar întâmpla dacă cineva ar încerca să folosească toaleta din hol.

Târziu în acea noapte, după ce toată lumea s-a dus la culcare, m-am strecurat înapoi în baie cu o pungă de gunoi și prosoape de hârtie și detergent pe care le-am furat din debara. Nu am putut să-mi dau seama dacă mai fusese cineva acolo după plecarea mea, dar am încercat să nu mă gândesc la asta și m-am concentrat să îndes în punga de gunoi covorașul și prosoapele și hainele și hârtia igienică pe care le băgasem sub chiuvetă. După care am folosit prosoapele de hârtie să curăț podeaua și le-am pus și pe ele în pungă.

Lângă bucătărie, între corpul principal al casei și o altă clădire, era un tomberon. Planul meu era să arunc totul acolo. Firește, mă temeam să nu fiu prins. De ce-ar fi aruncat un musafir o pungă mare de gunoi în toiul nopții? (Mă îngrijora că s-ar fi putut să fie prin preajmă agenți ai serviciilor secrete care să mă împuște înainte de-a apuca să pun în tomberon ceva ce părea o bombă sau un cadavru.) Dar aveam de ales? M-am furișat prin casă și am ajuns la tomberon, unde am aruncat punga de gunoi. După care m-am întors în camera mea și m-am culcat.

Nimeni nu mi-a spus niciodată nimic despre toaleta din hol sau despre covorul și prosoapele care lipseau. Dar în restul weekendului și de-a lungul vizitelor mele ulterioare am fost convins că angajații casei se holbau la mine și șușoteau. „El e", îmi imaginam că spuneau dezgustați. „Tipul care a stricat toaleta și care ne-a distrus prosoapele. Ăla care nu poate să-și controleze funcțiile corpului."[i]

---

[i]) Oricât de rău par uneori să stea lucrurile cu burta mea agorafobică, pentru alții e și mai rău. Un studiu de caz[16] dintre cele mai alarmante peste care am dat era un bărbat de 45 de ani care s-a prezentat în 2007 la un spital de boli psihice din Kalamazoo, Michigan. Suferea de anxietate acută de călătorii de 20 de ani, de când un atac de panică îl făcuse să vomite și să-și piardă

Majoritatea oamenilor cu afecțiuni ale colonului au un temperament tensionat, sensibil, nervos. Pot să pară calmi, dar în general fierb în interior.

— Walter C. Alvarez, *Nervousness, Indigestion, and Pain* (*Nervozitate, indigestie și durere*) (1943)

Desigur, știu că o asemenea rușine nu ar trebui să apese asupra a ceea ce este, oficial, o afecțiune medicală. Sindromul de colon iritabil este o problemă gastrointestinală comună, asociată frecvent cu tulburări de dispoziție și anxioase, după cum s-a observat încă din Antichitate. În 1943, eminentul gastroenterolog Walter Alvarez a observat în cartea încântător intitulată *Nervousness, Indigestion, and Pain* că nu este mai întemeiat ca o persoană să se simtă rușinată pentru o burtă afectată de nervozitate decât cineva care s-ar rușina pentru că a roșit la un compliment sau a plâns la o piesă tristă.[17] Nervozitatea și hipersensibilitatea pe care le provoacă astfel de reacții fizice, scria Alvarez, sunt asociate cu trăsături de personalitate care, dacă „sunt folosite și controlate în mod adecvat", pot „contribui în mare măsură la reușita omului"[i18].

---

controlul asupra intestinelor. De atunci nu a mai putut să călătorească niciodată mai mult de 15 km de casă fără să aibă vărsături și diaree incontrolabilă. Clinicienii au determinat zona lui de confort în funcție de simptome: cu cât se îndepărta mai mult de casă, cu atât erupțiile erau mai spectaculoase. Reacțiile lui gastrointestinale erau atât de violente, încât de câteva ori a trebuit să fie dus la urgență pentru că vomita sânge. După ce medicii au exclus riscul de ulcer și cancer la stomac, a fost trimis în cele din urmă la o clinică de psihologie, unde, după cum mi-a spus terapeutul lui pe care l-am întâlnit în 2008 la o conferință, a fost tratat cu succes printr-o combinație de terapie prin expunere și terapie cognitiv-comportamentală.

[i]) Alvarez a observat că sursa cea mai frecventă a disconfortului intestinal cronic al pacienților consta în „provocările vieții moderne": „Specialistul în tulburări gastrointestinale trebuie să fie un fel de psihiatru"[19], scria el. „Trebuie să petreacă ore întregi în fiecare săptămână încercând să învețe persoanele nevrotice să ducă o viață mai rațională."

O tânără a fost trimisă la Alvarez după ce a vomitat „zi și noapte o săptămână întreagă"[20]. Când a aflat că ea primise recent o scrisoare amenințătoare de la fisc, a tratat pacienta plătindu-i taxele restante – s-a dovedit că nu datora decât 3,85 $ –, iar ea s-a vindecat instantaneu. Un alt pacient, pe care Alvarez

O burtă sensibilă la agitație este îndeajuns de rea – dar mai rău pentru mine este că burta mea sensibilă mă face să fiu agitat. Asta e infernal la faptul de a fi un emetofob anxios: propria durere de burtă este adesea ea însăși cea mai acută sursă a fricii. De fiecare dată când te doare burta îți faci griji că s-ar putea să vomiți. Așa că anxietatea face să te doară burta, iar durerea de burtă te face anxios – ceea ce face ca burta să te doară și mai tare, ceea ce te face și mai anxios și așa mai departe, într-un cerc vicios care se transformă rapid în panică. Viața emetofobilor este în general construită în jurul fobiei lor – unii nu au muncit sau nu au ieșit din casă ani în șir din cauza fricii lor și nu pot să suporte nici măcar să rostească sau scrie „vomă" sau cuvinte înrudite. (Comunitățile online de emetofobi au de obicei reguli care impun ca astfel de cuvinte să fie scrise, de exemplu, ca „v**".)

Până recent, emetofobia figura rar în literatura clinică. Dar apariția internetului a reprezentat mijlocul prin care emetofobii s-au putut găsi unii pe alții, mulți dintre ei crezând până atunci că sunt singurii care suferă de așa ceva.[i] S-au dezvoltat comunități online și grupuri de sprijin. Apariția acestor comunități virtuale,

---

l-a descris ca „tipul de agent de vânzări tensionat, stresat"[21], a venit la el pentru că îi plăcea să joace poker, dar nu putea: dacă avea o mână bună „i se făcea greață și îl lua cu frig" și se înroșea la față. Îi era imposibil să blufeze, pentru că, de câte ori primea un full house sau o mână mai bună, imediat trebuia să se ducă să vomite. Dar „cea mai crudă farsă a naturii"[22] pe care Alvarez a văzut-o vreodată era modul în care burta stricată poate distruge viața amoroasă a persoanelor anxioase. A tratat o femeie care avea crampe stomacale și trebuia să defecheze ori de câte ori o atingea un bărbat, o alta care râgâia incontrolabil de câte ori o întâlnire ajungea să fie intimă și multe altele care trăgeau vânturi sau vomitau în momente romantice. (În memoriile sale, legendarul amant Casanova povestește despre escapada lui cu o femeie care, atunci când se excita sexual, elimina un volum considerabil de gaze.) Alvarez a tratat de asemenea „câțiva bărbați de care soțiile lor furioase divorțaseră pentru că aceștia trebuiau să se oprească și să dea fuga la toaletă ori de câte ori erau excitați sexual".

[i]) Dintre celebritățile care au mărturisit că sunt emetofobe fac parte actrița Nicole Kidman, muziciana Joan Baez și Matt Lauer, gazda emisiunii *Today*.

dintre care unele sunt destul de mari (o estimare indică faptul că forumul Societății Internaționale de Emetofobie are de cinci ori mai mulți membri decât cel mai mare forum centrat pe fobia de zbor cu avionul), a intrat în atenția cercetătorilor anxietății, care au început să studieze mai sistematic această fobie.

La fel ca toate tulburările anxioase, manifestările emetofobiei includ niveluri ridicate de activare fiziologică, comportamente de evitare (și ceea ce experții numesc comportamente de siguranță sau de neutralizare, prin care înțeleg lucrurile pe care le fac eu: am tot timpul la mine, pentru cazuri de urgență, pastile de burtă și împotriva anxietății), tulburări de atenție (ceea ce înseamnă că, în prezența unui stimul fobic, cum ar fi un virus care circulă la birou sau în familie, nu prea ne putem concentra la altceva) și, în general, probleme cu stima de sine și autoeficacitatea. Noi, emetofobii, tindem să avem o părere proastă despre noi înșine, să credem că nu reușim să facem față lumii și, în special, să ne confruntăm cu ceva ce pare atât de catastrofal ca vomitatul.[i]

După cum am văzut, și pacienții cu tulburare de panică, și pacienții cu sindrom de colon iritabil (care în mare sunt *aceiași* pacienți) au ceea ce specialiștii numesc „vulnerabilitate ridicată de somatizare" (adică tendința de a transforma suferința afectivă în simptome fizice) și „bias cognitiv de identificare și interpretare a simptomelor fizice" (adică sunt conștienți de cele mai mici modificări ale fiziologiei lor și au predispoziția de a interpreta aceste simptome într-un mod catastrofal, de tipul cel-mai-rău-scenariu-posibil). Dar, în timp ce principala preocupare a majorității pacienților cu tulburare de panică tinde să fie că simptomele fizice provocate de panică anunță un atac de cord sau sufocare sau nebunie sau moarte, emetofobii se tem că simptomele prevestesc vărsături iminente (și, de asemenea, nebunie și moarte). Și, în timp ce fricile pacienților cu tulburare de panică sunt, cu excepția cazurilor de moarte provocată de stop cardiac indus de anxietate, extrem de improbabile, emetofobii pot în mare măsură să

[i]) Conform informațiilor oferite de unele cercetări recente, emetofobii au de asemenea tendința să fie „foarte sensibili la opiniile celorlalți".

provoace, prin simptomele lor de anxietate, însuși lucrul de care se tem cel mai tare. Ceea ce, bineînțeles, este încă un motiv de a le fi tot timpul frică de frică. E de mirare că uneori am senzația că creierul meu se întoarce pe dos?

Psihologii au dezvoltat câteva scale standardizate pentru evaluarea autocontrolului compulsiv – există, de exemplu, Rotter's Locus of Control Scale (Scala Rotter a Locusului de Control) și Health Locus of Control Scale (Scala Locusului de Control al Sănătății). Faptul că anxietatea și depresia sunt strâns legate nu numai de problemele de stimă de sine, ci și de control (pacienții cu tulburare de anxietate au deopotrivă tendința de a simți că nu prea au control asupra propriei vieți și de a se teme că pierd controlul asupra propriului corp și propriei minți), a fost ferm stabilit de generații întregi de cercetători – dar această conexiune tinde să fie deosebit de pronunțată la oamenii cu emetofobie. Un studiu[23] publicat în *Journal of Clinical Psychology* afirma că „emetofobii par să nu aibă deloc capacitatea de a nega dorința insațiabilă de menținere a controlului"[i].

---

[i]) Mă întâlneam la un moment dat cu o femeie a cărei mătușă era de zeci de ani o bulimică în toată puterea cuvântului. Din copilărie până pe la 30 și ceva de ani, mătușa prietenei mele își provoca vărsături după majoritatea meselor. Pentru mine, asta era la fel de fascinant pe cât era de neimaginat. *Cineva poate să-și provoace vărsături?* Aflasem despre anorexie și bulimie încă din liceu, când mă uitam la emisiunile de la televizor de după școală, dar, din câte știam, nu întâlnisem niciodată pe nimeni care să fi regurgitat voluntar în mod regulat. Întreaga mea viață era centrată pe efortul de a *nu* vomita – și exista cineva care *alegea* să vomite tot timpul? Bine, era o persoană cu o tulburare mintală, ușor de diagnosticat conform *DSM*: „Bulimie: ingerare într-o anumită perioadă de timp a unei cantități de alimente care depășește cu mult cantitatea pe care majoritatea indivizilor ar consuma-o în aceeași perioadă de timp și în aceleași circumstanțe, [la care se adaugă] comportamente compensatorii inadecvate de a preveni creșterea în greutate [cum ar fi] I. Provocarea vărsăturilor". Dar, potrivit aceleiași autorități, nu eram, la rândul meu, bolnav? „Fobie: A. Frică sau anxietate marcată, excesivă sau nerezonabilă, provocată de prezența sau anticiparea unui obiect sau a unei situații particulare. B. Expunerea la stimulul fobic provoacă aproape întotdeauna o reacție

Dr. W. a indicat ceea ce el consideră a fi evidentul simbolism multifaţetat al emetofobiei mele. Faptul de a vomita reprezintă pierderea controlului şi, totodată, frica mea de a lăsa ceea ce se află înăuntru să iasă în afară, de a dezvălui ce este în mine. Mai presus de toate, spune el, reprezintă frica mea de moarte. Vărsăturile – şi în general burta mea nesupusă şi agitată – constituie dovezi de netăgăduit ale corporalităţii mele – şi, în consecinţă, ale mortalităţii mele.[i]

Într-o zi o să vomit; într-o zi o să mor.

Greşesc dacă trăiesc tremurând de groază pentru amândouă?

---

imediată de anxietate care poate lua forma unui atac de panică previzibil sau imprevizibil."

Chiar şi atunci, mi-am dat seama că tulburările noastre se anulau în mod bizar una pe cealaltă. Dacă îmi puteam face propria minte să accepte ideea că unii oameni aleg să vomite pentru a se simţi *mai bine*, reuşeam oare astfel să accept că vărsăturile nu sunt atât de catastrofale? Şi dacă bulimicii pot asimila o parte din aversiunea mea îngrozită faţă de vărsături, n-ar putea asta să contribuie la decondiţionarea lor?

O propunere modestă: de ce să nu fie internaţi împreună bulimici şi emetofobi, în speranţa că se vor modela reciproc şi vor scăpa de patologiile lor? Emetofobii, privindu-i pe bulimici cum îşi provoacă vărsături în mod obişnuit, vor învăţa că nu e mare lucru să vomiţi; bulimicii, văzând teroarea şi dezgustul emetofobilor, pot fi condiţionaţi să evite o astfel de regurgitare obişnuită.

Şi, oricum, nu ne temem noi, bulimici şi emetofobi deopotrivă, de acelaşi lucru: pierderea controlului? Anorexicii nu se tem atât de faptul de a fi graşi – cât de a simţi că pierd controlul, sentiment ţinut în mod pervers la distanţă cu ajutorul vărsăturilor. Consumă alimente compulsiv, după care, simţind că nu-şi pot controla apetitul, încearcă să-şi exercite dominaţia asupra propriului corp vomitând. Dar, blocaţi în acest ciclu de mâncat compulsiv şi vărsături, de fapt nu au nici un fel de control.

[i]) După cum spune medicul şi filozoful britanic Raymond Tallis: „Un leac sigur pentru [...] orice atitudine subiectivă sau filozofică asupra propriului corp [...] este faptul de a vomita. [...] Corpul pune întru totul stăpânire pe tine. [...] E un fel de teroare în faptul de a vomita: ni se aminteşte energic că suntem întrupaţi într-un organism care-şi urmează propria agendă"[24].

Consider că tărtăcuța și stomacul sunt puteri antagoniste. Nu pot să spun ce are de-a face gândirea cu digerarea fripturii de vită, dar sunt facultăți înfrățite. — Charles Darwin către sora lui, Caroline (1838)

Încerc să mă consolez știind că nu sunt deloc singurul cu o minte și o burtă pe care anxietatea le tulbură cu atâta ușurință. Încă din vremea lui Aristotel s-a observat că dispepsia nervoasă și realizările intelectuale merg adesea mână în mână. Călătoria lui Sigmund Freud în SUA din 1909, care a reprezentat introducerea psihanalizei în această țară, a fost stricată (după cum se va plânge adesea mai târziu) de tulburări intestinale și crize de diaree. Numeroase scrisori dintre William și Henry James, amândoi nevrotici de primă mână, constau în principal în schimbul de diverse remedii pentru problemele digestive.

Dar în privința nemulțumirilor provocate de tulburările intestinale, nimic nu se compară cu ceea ce îl afecta pe bietul Charles Darwin, pe care burta lui deranjată l-a ținut la pat zeci de ani.

În 1865 i-a trimis o scrisoare disperată unui medic pe nume John Chapman, enumerând simptomele care îl bântuiau de aproape 30 de ani:

> 56-57 de ani. – Timp de 25 de ani, flatulență spasmodică extremă în fiecare zi și în fiecare noapte: vărsături ocazionale, de două ori prelungite luni în șir. Vărsăturile sunt precedate de tremor, plâns isteric[,] senzația că urmează să mor sau să leșin. Și un volum mare de urină de culoare foarte deschisă. În prezent vărsături și fiecare flatulență este precedată de țiuit în urechi, euforie și halucinații. [...] Nervozitate când E[mma Darwin, soția lui] pleacă de lângă mine.[25]

Chiar și această listă este incompletă. La insistența unui alt medic, Darwin a ținut un „Jurnal de sănătate"[26] de la 1 iulie 1849 la 16 ianuarie 1855, care a ajuns să aibă zeci de pagini și în care apăreau plângeri ca oboseală cronică, durere abdominală severă și flatulență, vărsături frecvente, amețeală („am senzația că mi se învârte

capul", descria Darwin), tremor, insomnie, iritații, eczeme, furuncule, palpitații și durere, melancolie.

Darwin era nemulțumit că zeci de medici, începând cu tatăl lui, nu reușiseră să-l vindece. Până în momentul în care îi scria dr. Chapman, Darwin petrecuse cea mai mare parte a ultimilor 30 de ani – timp în care se străduise eroic să scrie *Originea speciilor* – fără să poată ieși din casă din cauza stării generale de invaliditate. Pe baza jurnalelor și scrisorilor sale, se poate spune că a petrecut o treime din orele din timpul zilei, începând de la 28 de ani, fie vomitând, fie zăcând în pat.

Chapman tratase mulți intelectuali victorieni eminenți care fuseseră la un moment dat „doborâți"[27] de anxietate; se specializase în tratarea nevroticilor tensionați, după cum spunea el, „a căror minte este foarte cultivată și dezvoltată, și adesea complicată, modificată și dominată de influențe psihice subtile, ale căror intensitate și rol în declanșarea maladiei fizice sunt dificil de evaluat". Recomanda comprese cu gheață pe coloana vertebrală pentru aproape toate bolile de origine nervoasă.

Chapman a venit la reședința de la țară a lui Darwin la sfârșitul lui mai 1865, iar în următoarele câteva luni Darwin a petrecut mai multe ore pe zi învelit în gheață; a scris secțiuni esențiale din *Variația animalelor și plantelor sub influența domesticirii* cu pungi de gheață pe coloană.

Tratamentul nu a funcționat. „Vărsăturile neîncetate" au continuat. Așa că, deși lui Darwin și familiei sale le plăcea compania dr. Chapman („Ne plăcea dr. Chapman atât de mult, încât ne-a părut rău, și pentru el, și pentru noi, că nu a funcționat tratamentul cu gheață"[28], scria soția lui Darwin), în iulie au abandonat tratamentul și l-au trimis pe medic înapoi la Londra.

Chapman nu a fost primul medic care nu a reușit să-l trateze pe Darwin, și nici ultimul. Citind jurnalele și corespondența lui Darwin, ești uimit de debilitarea mai mult sau mai puțin constantă pe care a îndurat-o după ce s-a întors în 1836 din faimoasa călătorie pe *Beagle*. Dezbaterea medicală despre ce anume îl afecta pe Darwin s-a desfășurat timp de 150 de ani. Este lungă lista propusă în timpul vieții lui și după ce a murit: amibiază, apendicită, ulcer duodenal,

ulcer peptic, migrene, colecistită cronică, „hepatită lentă", malarie, dispepsie cataralâ, intoxicare cu arsenic, porfirie, narcolepsie, „hiperinsulinism diabetogen", gută, „gută suprimată"[i], bruceloză cronică (epidemică în Argentina, unde fusese *Beagle*), boala Chagas (contractată probabil în Argentina printr-o muşcătură de insectă), reacţii alergice la porumbeii cu care lucra, complicaţii provocate de răul de mare prelungit pe care l-a resimţit la bordul vasului *Beagle* şi „anomalie refractivă a ochilor". Tocmai am citit un articol, „Darwin's Illness Revealed"[30] („Boala lui Darwin dezvăluită"), publicat în 2005 într-o revistă ştiinţifică britanică, care atribuia afecţiunile lui Darwin intoleranţei la lactoză.[ii]

Însă o privire atentă asupra vieţii lui Darwin indică faptul că anxietatea era factorul declanşator în fiecare criză din cele mai acute accese ale bolii. Conform lui Ralph Colp, psihiatru şi istoric care a studiat în anii '70 toate jurnalele, scrisorile şi rapoartele medicale ale lui Darwin, cele mai rele perioade ale bolii corespundeau stresului legat fie de munca lui la teoria evoluţiei, fie de familie. (Apropierea căsătoriei lui a provocat „o severă durere de cap care a durat două zile şi două nopţi, încât am ajuns să mă întreb dacă avea de gând să mă lase vreodată să mă însor"[31].) Într-un articol din 1997 din *The Journal of the American Medical Association* cu titlul „Charles Darwin and Panic Disorder"[32] („Charles Darwin şi tulburarea de panică"), doi medici susţin că, potrivit propriilor lui expuneri ale simptomelor, Darwin se încadra cu uşurinţă în diagnosticul din *DSM-IV* de tulburare de panică cu agorafobie, din moment ce prezenta nouă dintre cele 13 simptome asociate acesteia. (Este necesar ca doar patru simptome să fie prezente pentru a se pune acest diagnostic.)[iii]

---

i) „Ce naiba e această «gută suprimată» pe seama căreia pun medicii toatele bolile care nu au o denumire?", îi scria lui Darwin prietenul său Joseph Hooker, când a aflat despre acest diagnostic. „Dacă este *suprimată*, de unde ştiu ei că e gută? Şi dacă e evidentă, de ce naiba îi spun *suprimată*?"[29]

ii) Autorii, doi biochimişti din Ţara Galilor, au studiat jurnalele lui Darwin pentru a corela regimul lui alimentar şi crizele sale intestinale.

iii) În 1918, Edward J. Kempf, unul dintre primii psihanalişti americani, a sugerat în *The Psychoanalytic Review* că tremorul şi eczemele care afectau

Călătoria pe *Beagle*, care a durat patru ani și nouă luni, a fost o experiență fundamentală care l-a determinat pe Darwin să-și dezvolte munca științifică.[i] Lunile petrecute în port, înainte de plecarea în larg, au fost, după cum va scrie Darwin la bătrânețe, „cele mai nefericite din viața mea"[35] – iar asta înseamnă ceva, dată fiind groaznica suferință fizică pe care a îndurat-o mai târziu.

„Mă întrista gândul că voi fi departe de familie și de prieteni atâta timp, iar vremea mi se părea nespus de mohorâtă"[36], își amintea el. „Mă îngrijorau și niște palpitații și dureri în zona inimii și, precum mulți alți tineri ignoranți, mai ales din aceia cu o spoială de cunoștințe medicale, eram convins că am o boală de inimă." Suferea și de amețeli și furnicături ale degetelor. Toate astea sunt simptome de anxietate – și mai ales de hiperventilație asociată cu tulburarea de panică.

Darwin s-a forțat să-și depășească starea de descurajare și să se îmbarce pe vas și, deși era afectat deopotrivă de claustrofobie (care îl făcea să se „teamă continuu") și de un cumplit rău de mare, a avut o stare bună de sănătate în cea mai mare parte a drumului și a putut să strângă dovezile pe baza cărora și-a construit reputația și munca vieții lui. Dar după ce *Beagle* a acostat în Falmouth, Marea Britanie, la 2 octombrie 1836, Darwin nu a mai călcat niciodată dincolo de granițele țării. După aproape cinci ani de călătorii, și-a restrâns tot mai mult cercul deplasărilor. „Mi-e groază

---

mâinile lui Darwin erau dovezi de „mâini nevrotice"[33] – ceea ce, trăgea concluzia Kempf, „ne face pe bună dreptate să bănuim o dificultate autoerotică nestăpânită pe deplin". Explicații psihologice mai puțin bizare care au fost riscate de atunci încoace includ ipohondria, depresia, sentimente refulate de vinovăție pentru ostilitatea față de propriul tată, „caracter obsesiv cu o severă nevroză de angoasă, complicat fără îndoială de geniu" și „sindromul doliului" provocat de pierderea timpurie a mamei sale. (Creaționiștii s-au agățat de toate acestea cu aplomb zelos, sugerând într-un articol pseudoștiințific[34] peste care am dat că dovada bolii mintale sugerează că Darwin era „psihotic" și deci teoria evoluției nu era decât un produs al delirului.)

[i]) Descoperind mai multe specii de cinteze în Insulele Galápagos, Darwin a ajuns să înțeleagă faptul că speciile nu rămân neschimbate, ci se transformă – sau, cum va spune el mai târziu, evoluează – în timp.

să mă duc oriunde din cauza stomacului meu pe care îl deranjează orice agitație"[37], i-a spus vărului său.

Este remarcabil că *Originea speciilor* a putut fi scrisă. Curând după căsătorie, când Darwin a început să se aplece serios asupra muncii lui despre evoluție, a suferit primul dintre numeroasele lui episoade de „vărsături periodice", perioade în care vomita de mai multe ori pe zi și în care era țintuit la pat săptămâni – sau, în câteva cazuri, ani – întregi. Agitația sau socializarea de orice fel îl puteau face să se simtă foarte rău fizic. Petrecerile sau întâlnirile îl lăsau „doborât" de anxietate, provocându-i „crize violente, cu frisoane și vomă". („De aceea, timp de mulți ani am renunțat la orice fel de mese festive"[38], scria el.) A instalat o oglindă la fereastra biroului său prin care putea să vadă sosirea musafirilor înainte ca ei să-l vadă pe el, câștigând timp să se pregătească sau să se ascundă.[39]

Pe lângă tratamentul cu gheață al dr. Chapman, Darwin a încercat „tratamentul cu apă" al celebrului dr. James Gully (care i-a tratat cam în aceeași perioadă și pe Alfred Tennyson, Thomas Carlyle și Charles Dickens), exerciții fizice, regim alimentar fără zahăr, coniac și „bere indiană", preparate chimice (nenumărate), plăci de metal aplicate pe corp cu scopul de a-i galvaniza organele, „lanțuri electrice" (din sârmă de cupru și zinc) care aveau scopul de a-l electriza și oțet aplicat pe piele.[40] Ca urmare a efectului placebo, a distragerii sau unei eficiențe reale, unele dintre acestea funcționau o perioadă. Dar boala se întorcea întotdeauna. O vizită de o zi la Londra sau orice perturbare minoră a rutinei lui bine rânduite îi provoca „o formă foarte rea de vărsături"[41] care îl ținea la pat zile sau săptămâni. Orice muncă, mai ales la *Origine* – „volumul meu abominabil", după cum îl numea Darwin –, îl putea face să zacă luni de zile. „Mi-a fost rău și am avut două zile de vărsături grave din cauza blestematelor de corecturi"[42], îi scria unui prieten la începutul anului 1859, când trecea peste șpalturile tipografului. A instalat un lavoar în biroul său, unde putea să vomite în spatele unei draperii. A terminat de corectat, printre crize de vărsături, la 1 octombrie 1859, încheind o perioadă de 15 luni în care de-abia fusese capabil să lucreze fără disconfort intestinal mai mult de 20 de minute la rând.

Când *Originea speciilor*, a cărei gestație a durat mai bine de 20 de ani, a fost în sfârșit publicată în noiembrie 1859, Darwin era în pat, într-o stațiune balneară din Yorkshire, cu intestinele la fel de tumultuoase ca întotdeauna și cu pielea arzând. „Mi-a fost foarte rău în ultima vreme"[43], scria el. „Am avut o «criză» groaznică – mi s-a umflat un picior de parcă aș fi avut elefantiazis –, ochii-mi erau aproape închiși – eram acoperit de o eczemă și de furuncule usturătoare, [...] era ca și cum aș fi trăit în Iad."[i]

Starea de sănătate a lui Darwin a continuat să fie proastă chiar și după publicarea cărții. „Voi intra în mormânt, bănuiesc, cu văicăreli și lamentări din cauza neplăcerilor zilnice, aproape din oră în oră", scria el în 1860. Cei care susțin că Darwin suferea de vreo boală structurală sau provocată de microbi indică severitatea și durata simptomelor lui. („Trebuie să-ți spun cât de rău i-a fost lui Charles"[45], îi scria soția lui în mai 1864 unui prieten de familie. „A avut vărsături aproape zilnic timp de șase luni.") Contraargumentul e următorul: când Darwin nu lucra și când se ducea să călărească sau să se plimbe prin munții scoțieni sau în nordul Țării Galilor, starea lui de sănătate se îmbunătățea.

Charles este prea predispus la anxietate, după cum știi.

— Emma Darwin către un prieten (1851)

Cred că poți să înțelegi de ce par excesiv de preocupat de burta lui Darwin. Pare deopotrivă întemeiat și ironic faptul că omul responsabil de lansarea studiului modern al fricii – și de identificarea acesteia ca emoție cu efecte fiziologice concrete, în special

[i]) Unul dintre biografii lui Darwin, psihanalistul britanic John Bowlby, a scris în anii '80 că tipul de erupții de furuncule și eczeme pe care l-a îndurat Darwin era considerat de dermatologi a fi asociat cu oamenii care „se străduiesc să-și reprime sentimentele și care au tendința de a avea o stimă de sine redusă și de a se suprasolicita"[44]. Bowlby, asemenea altor biografi, a observat și că orice stres sau „amplificare a nivelului de activare, oricât de mică", îi provoca lui Darwin simptome fizice.

gastrointestinale – era el însuși afectat într-un mod atât de nefericit de intestine sensibile.

Mai există apoi chestiunea dependenței excesive de soția lui, Emma. „Fără tine, când mi-e rău mă simt întru totul dezolat“[46], îi scria la un moment dat. „O, mami, cât tânjesc să fiu cu tine și să mă aflu sub protecția ta, unde mă simt în siguranță“[47], a scris altă dată.

Mami? Nu e de mirare că unii freudieni au susținut mai târziu că Darwin avea și probleme de dependență, și probleme oedipiene. Presupun că aici e locul potrivit să spun – pornind de la faptul că mă bazez enorm pe soția mea și, înainte de ea, mă bazam astfel pe părinții mei – că dr. W. mi-a pus diagnosticul de tulburare de personalitate dependentă, caracterizată, conform *DSM-V*, de dependență psihologică excesivă de alți oameni (cel mai frecvent de un partener sau de un îngrijitor) și de convingerea persoanei respective că este inadecvată și incapabilă să se descurce singură.

În cele din urmă, mai există, desigur, și problema deceniilor de vărsături neîncetate ale lui Darwin. Pentru un emetofob ca mine, asta stârnește o fascinație morbidă. Anxietatea lui provoca vărsături, însă vărsăturile nu provocau (sau nu pare să fi provocat) o amplificare a anxietății. Mai mult, Darwin a trăit, în ciuda anilor lui de vărsături, până la 73 de ani, vârstă înaintată pentru acea perioadă. Nu ar trebui oare ca realizările lui Darwin în ciuda unei afecțiuni gastrointestinale atât de debilitante să îmi ofere asigurări că, să spunem, dacă aș vomita o singură dată, sau chiar de cinci ori, sau chiar de cinci ori pe zi –sau, asemenea lui Darwin, de cinci ori pe zi ani la rând – s-ar putea nu numai să supraviețuiesc, ci și chiar să continui să fiu productiv?

Dacă nu ești emetofob, cu siguranță că întrebarea asta pare incredibil de ciudată – adevărată dovadă a obsesiei iraționale din inima tulburării mele mintale. Și ai dreptate. Dar dacă *ești* emetofob – ei bine, atunci știi exact despre ce vorbesc.

CAPITOLUL 4
Anxietatea de performanță

Multe efecte deplorabile a provocat această frică oamenilor, printre care roșeața pielii, paloarea, tremurul, transpirația; ea face corpul să se răcească brusc, și în clipa următoare fierbințeala îl copleșește cu totul, palpitații, leșinuri etc. Ea lasă muți de uimire mulți semeni care nu mai pot să vorbească sau să își spună părerile în fața unei adunări publice sau a unor personaje importante, după cum mărturisea Cicero însuși, recunoscând că el își stăpânea cu greu tremurul corpului la începutul unui discurs. Iar Demostene, marele orator al Greciei, a simțit aceleași lucruri când s-a aflat în fața lui Filip al II-lea.

— Robert Burton, *Anatomia melancoliei* (1621)[a]

Orice discurs public este caracterizat de neliniște.

— Cicero (secolul I î.Cr.)

Am găsit în sfârșit un regim pre-discurs care mă ajută să evit săptămânile de nefericire anticipativă de pe care le-ar aduce altfel apropierea unui angajament de a vorbi în public.

Să spunem că vorbesc la un eveniment public. Iată cam ce am făcut ca să mă pregătesc. Acum vreo patru ore am luat prima jumătate de miligram de Xanax. (Am aflat că, dacă aștept prea mult, sistemul meu nervos simpatic e atât de surescitat, încât medicamentele nu-l mai pot liniști.) Apoi, acum o oră, am luat a doua jumătate de miligram de Xanax și poate 20 de miligrame de Inderal. (Am nevoie de un miligram de Xanax, plus Inderal, un medicament pentru tensiune arterială, sau betablocant care reduce

[a]) Vezi Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. rom. cit., p. 66 (n. tr.).

intensitatea răspunsului sistemului nervos simpatic, pentru a nu fi copleşit de reacţiile mele fiziologice provocate de stimulul anxios reprezentat de faptul de a sta în faţa ta – transpiraţia, tremorul, greaţa, râgâiala, crampele stomacale şi senzaţia de apăsare din gât şi din piept.) Cel mai probabil am dat pastilele astea pe gât cu un shot de scotch sau, mai degrabă, de vodcă. Nici măcar două Xanaxuri şi un Inderal nu reuşesc să-mi calmeze gândurile care-mi zboară prin minte şi să-mi relaxeze pieptul şi gâtul, care sunt atât de încordate, încât nu mai pot să vorbesc; am nevoie ca alcoolul să încetinească lucrurile şi să reducă erupţiile fiziologice reziduale pe care medicamentele nu le pot controla. De fapt, probabil că am mai luat un shot – da, chiar dacă îţi vorbesc, să spunem, la nouă dimineaţa – acum vreo 15-30 de minute, asta în cazul în care formalităţile de dinaintea discursului mi-au lăsat un moment în care să mă pitesc să trag o duşcă. Şi, în funcţie de cât de intimidant anticipez că eşti tu ca auditor, s-ar putea să fi făcut shotul ăla dublu sau triplu. Dacă lucrurile urmează tiparul obişnuit, în momentul în care îţi vorbesc am într-un buzunar nişte Xanax (în caz că am nevoie să mai înghit unul înainte de a fi prezentat) şi o sticluţă sau două de vodcă în celălalt. S-a întâmplat să mai iau o înghiţitură discretă în ultimul moment, în timp ce intram pe scenă – pentru că anxietatea încă mă face să-mi doresc să beau mai mult, inhibiţia mi-a fost redusă şi judecata mi-a fost afectată de băutura şi de benzodiazepinele pe care le-am consumat deja. Dacă am reuşit să potrivesc lucrurile – dacă am ajuns la combinaţia perfectă de sincronizare şi dozaj care face ca sedarea cognitivă şi psihomotorie provocată de medicamente şi alcool să fie în echilibru cu hiperactivarea fiziologică a anxietăţii –, atunci cel mai probabil mă descurc bine: agitat, dar nu jalnic; puţin ameţit, dar capabil încă să fiu clar; efectele anxiogene ale acestei situaţii (în care eu vorbesc în faţa unor oameni) sunt contracarate de efectele anxiolitice a ceea ce am consumat.[i] Dar, dacă am exagerat cu

[i]) Împreună, alcoolul şi benzodiazepinele reduc nivelul de activare a neuronilor din amidgală, fac mai rapidă transmiterea dopaminei şi acidului gama-aminobutiric, amplifică secreţia de beta-endorfine din hipotalamus şi

substanțele – prea mult Xanax sau prea mult alcool –, s-ar putea să par aiurit sau poticnit sau afectat în vreun alt mod. Și dacă nu am consumat suficient? Ei bine, atunci fie mă simt infect și transpir abundent, vocea îmi tremură nevolnic și nu mă pot concentra, fie, mai probabil, voi fi fugit de pe scenă înainte să fi ajuns aici.

Știu. Nu e sănătoasă metoda mea de a face față anxietății de a vorbi în public. E o dovadă de alcoolism; e periculoasă. Dar funcționează. Numai atunci când sunt sedat până aproape de amorțeală de o combinație de benzodiazepine și alcool mă simt (relativ) încrezător în capacitatea mea de a vorbi în public într-un mod eficient și fără o mare apăsare. Atâta timp cât știu că am acces la Xanax și alcool, sufăr doar de o anxietate moderată câteva zile înaintea unui discurs, și nu de o groază infectă și insomniacă care durează luni întregi.

Automedicația, uneori primejdioasă, este o modalitate tradițională de a evita anxietatea de performanță. William Gladstone, mult timp prim-ministru al Marii Britanii, a început de la 30 de ani să ia laudanum – opiu dizolvat în alcool – când își bea cafeaua înaintea discursurilor din Parlament.[1] (O dată a luat accidental o supradoză și a trebuit să se recupereze într-un sanatoriu.) William Wilberforce, celebrul politician din secolul al XVIII-lea care era împotriva sclaviei, lua opiu drept „calmant de nervi" înaintea fiecărui discurs din Parlament. „Acestuia", a spus Wilberforce despre consumul său de opiu pre-discurs, „îi datorez succesul meu de orator"[i][2]. Laurence Olivier, convins că era pe cale să fie împins la ceea ce nu se îndoia că avea să fie descris drept „o pensionare bruscă, de necrezut și scandaloasă"[3] din cauza tracului, și-a mărturisit în cele din urmă suferința actriței Dame Sybil Thorndike și soțului ei.

„Ia medicamente, dragule", i-a spus Thorndike. „Noi luăm."[ii]

---

reduc viteza de transmitere a acetilcolinei.

[i]) Desigur, opiului îi datora Wilberforce probabil și multe de alte lucruri, printre ele depresia lui oribilă și o grămadă de probleme fizice. După ce inițial drogul îi fusese prescris pentru probleme intestinale, a ajuns dependent, luând opiu zilnic, fără întrerupere, timp de 45 de ani.

[ii]) De fapt, se pare că Olivier nu a apelat la medicamente. „Nu exista alt tratament decât efortul de a da *asta* – teroarea – afară", scria în autobiografia sa,

Încerc să mă consolez cu ceea ce am aflat despre Gladstone, Olivier și alți oameni de succes și prețuiți care au fost debilitați de trac.

Demostene, om politic din Grecia antică, celebru pentru capacitatea lui oratorică, a fost batjocorit la începutul carierei pentru prestațiile lui anxioase și bâlbâite. O dată, Cicero, marele politician și filozof roman, a înghețat în Forum în timp ce vorbea în cadrul unui proces important și a fugit de pe scenă. „Devin livid la începutul unui discurs și tremur din toate încheieturile și din tot sufletul", scria el. Moise, conform unor interpretări din Exodul 4:10, se temea să vorbească în public sau era bâlbâit; a trecut peste asta, devenind vocea poporului său.

Fiecare epocă pare să ne ofere exemple de oameni remarcabili, împliniți, care au reușit – sau nu au reușit – să-și depășească anxietatea debilitantă de a vorbi în public. În dimineața zilei în care William Cowper, poet britanic din secolul al XVIII-lea, trebuia să se prezinte în fața Camerei Lorzilor pentru a vorbi despre calificarea sa de a ocupa o poziție guvernamentală, acesta a încercat să se spânzure, preferând să moară decât să îndure o apariție în public. (Tentativa de sinucidere a eșuat și interviul a fost amânat.) „Cei [...] pentru care o examinare publică a propriei persoane, cu orice prilej, este o otravă mortală pot avea o idee despre oroarea situației mele"[4], scria Cowper. „Ceilalți nu pot avea."

În 1889, un tânăr avocat indian aflat la începutul carierei a înghețat înaintea judecătorului și a fugit umilit din sala de judecată. „Mi se învârtea capul și mă simțeam de parcă și tribunalul se învârtea"[5], a scris avocatul mai târziu, după ce a ajuns cunoscut ca Mahatma Gandhi. „Nu mă puteam gândi la nici o întrebare." Altă dată, când Gandhi s-a ridicat ca să citească observațiile pe care le pregătise pentru o mică întrunire a unei societăți locale de vegetarieni, a descoperit că nu putea să vorbească. „Mi s-a încețoșat privirea și am început să tremur, deși discursul abia de avea o pagină", povestește el. Ceea ce Gandhi numea „efortul groaznic de a vorbi în public" l-a împiedicat ani întregi să vorbească până

„și întru această hotărâre am continuat". Dar a părăsit scena timp de cinci ani pentru a scăpa de anxietate.

şi la cine între prieteni şi aproape l-a oprit să devină liderul spiritual care a ajuns în cele din urmă. Şi cariera lui Thomas Jefferson a fost perturbată de frica de a vorbi în public.[6] Unul dintre biografii săi observă că, dacă încerca să declame puternic, vocea „i se îneca în gât". Nu a luat niciodată cuvântul la deliberările celui de-al Doilea Congres Continental şi, ceea ce este demn de remarcat, nu a ţinut decât două discursuri în public – alocuţiunile inaugurale – în anii în care a fost preşedinte. După ce au analizat biografiile lui Jefferson, psihiatrii de la Universitatea Duke, publicând în *Journal of Nervous and Mental Disease*, l-au diagnosticat postum cu fobie socială.

Romancierul Henry James a renunţat la Facultatea de Drept după o apariţie pe care a găsit-o stânjenitoare într-o competiţie nesemnificativă de pledoarii în care „a început să tremure şi s-a prăbuşit în tăcere"; de atunci înainte a evitat să ţină prezentări publice, în ciuda faptului că era celebru pentru cuvintele de duh de la dineuri. Vladimir Horowitz, poate cel mai talentat pianist din secolul XX, avea un trac atât de puternic, încât timp de 15 ani a refuzat să susţină concerte publice. Când în cele din urmă s-a întors pe scenă, a făcut-o cu condiţia ca medicul său personal să se afle permanent în primul rând din sală.

Barbra Streisand a început să fie afectată de o „anxietate de performanţă" [trac] copleşitoare în apogeul carierei sale; timp de 27 de ani a refuzat să joace pentru bani, apărând pe scenă numai la evenimente caritabile, unde simţea că presiunea era mai puţin intensă. Carly Simon a abandonat scena timp de şapte ani, după ce în 1981 a avut o cădere nervoasă înaintea unui concert la Pittsburgh în faţa a 10.000 de oameni. După ce s-a întors, uneori îşi înfigea ace în piele sau le cerea membrilor formaţiei să o plesnească pentru a o distrage de la anxietate. Cântăreţul Donny Osmond s-a retras mai mulţi ani din cauza atacurilor de panică. (El este acum purtător de cuvânt al Asociaţiei Americane pentru Anxietate şi Depresie.) Actorul de comedie Jay Mohr povesteşte cum a încercat frenetic să ia un Klonopin când era în direct la televizor, într-o schiţă la *Saturday Night Live*, pentru a împiedica un atac de panică despre care credea

că va însemna finalul carierei lui.[7] (Ce l-a salvat atunci pe Mohr nu a fost Klonopinul, ci ilaritatea stârnită de colegul său, Chris Farley.) Cu câțiva ani în urmă, Hugh Grant și-a anunțat semiretragerea din actorie din cauza atacurilor de panică pe care le avea când camerele începeau să filmeze. A supraviețuit unuia dintre filme numai „îndopându-se cu lorazepam", benzodiazepina cu efect pe termen scurt, cu denumirea comercială de Ativan. „Am avut atacurile astea de panică"[8], a spus el. „Sunt groaznice. Îngheț ca un iepure. Nu pot să vorbesc, nu pot să gândesc, transpir ca un taur. Când ajungeam acasă după treaba asta, îmi spuneam: «Nu mai joc. Gata cu filmele»." Ricky Williams, care a câștigat trofeul Heisman în 1998, s-a retras câțiva ani din Liga Națională de Fotbal American din cauza anxietății; interacțiunile sociale îl făceau să se simtă atât de agitat, încât nu putea să dea interviuri decât cu casca pe cap.[i] Romanciera austriacă Elfriede Jelinek, care a câștigat în 2004 Premiul Nobel pentru Literatură, a refuzat să primească premiul în persoană pentru că din cauza fobiei sociale acute îi era imposibil să suporte să fie privită de public.[9]

Cicero, Demostene, Gladstone. Olivier, Streisand, Wilberforce. Medici și oameni de știință și politicieni. Câștigători de Oscar și Heisman și laureați ai Premiului Nobel. Gandhi și Jefferson și Moise. Oare nu ar trebui să mă consoleze faptul că atât de mulți oameni mult mai mari decât mine au fost uneori doborâți de trac? Și nu ar trebui ca abilitatea de a persevera și, în unele cazuri, de a-și depăși anxietatea să-mi ofere speranță și inspirație?

...de ce ideea că alții gândesc ceva despre noi ne influențează circulația capilară? — Charles Darwin, *Expresia emoțiilor la om și animale* (1872)[a]

---

[i]) O vreme, Williams a luat Paxil pentru anxietate și a fost scurt timp reprezentant al SmithKline Beechman – deși mai târziu a declarat pentru *The Miami Herald* că marijuana „a funcționat pentru mine de zece ori mai bine decât Paxil".

[a]) Vezi Charles Darwin, *Expresia emoțiilor la om și animale*, trad. rom. cit., p. 193 (n. tr).

Simptomele anxietății de performanță pot uneori să ia forma a ceea ce pare o groaznică farsă menită să umilească.

— John Marshall, *Social Phobia* (1994)

Clasificarea oficială a *DSM*-ului împarte tulburarea anxioasă socială în două subtipuri: specifică și generală. Pacienții diagnosticați cu tulburare anxioasă socială specifică resimt anxietate doar în anumite situații, care au de-a face aproape întotdeauna cu o formă sau alta de apariție publică. Cea mai frecventă fobie socială specifică este de departe frica de a vorbi în public, dar în această categorie sunt incluse frica de a mânca în public, frica de a scrie în public și frica de a urina în toalete publice. Un număr surprinzător de mare de oameni își aranjează viața astfel încât să nu mănânce de față cu alți oameni sau sunt îngroziți de perspectiva de a trebui să semneze un cec în fața altor oameni sau suferă de ceea ce se numește paruresis atunci când se află la un pisoar.

Pacienții care suferă de tipul general de tulburare anxioasă socială se simt tensionați în orice context social. Evenimente obișnuite ca petrecerile, întâlnirile de afaceri, interviurile de angajare și întâlnirile la cină pot fi situații care provoacă angoasă puternică și simptome fizice. Pentru cei afectați într-un mod mai grav, viața poate fi o permanentă nefericire. Cele mai banale interacțiuni sociale – să stea de vorbă cu un vânzător sau să participe la o discuție de lângă dozatorul de apă – provoacă un fel de groază. Mulți oameni cu fobie socială îndură o viață de singurătate cumplită și neajunsuri profesionale. Cercetările descoperă legături semnificative între fobia socială, pe de o parte, și depresie și sinucidere, pe de altă parte. De asemenea, persoanele cu fobie socială sunt, deloc surprinzător, foarte predispuse la alcoolism și consumul de droguri.[i]

Groaznica ironie a fobiei sociale este că unul dintre lucrurile de care se tem cel mai tare oamenii afectați este ca anxietatea să

[i]) La începutul carierei sale, Sigmund Freud lua cocaină pentru a-și trata anxietatea socială înainte de a participa la întâlnirile de salon organizate de unul dintre mentorii lui.[10]

le fie dată în vileag – or tocmai asta fac simptomele acestui tip de anxietate. Persoanele cu fobie socială se tem că modul ciudat în care interacționează sau manifestările fizice ale anxietății – înroșirea feței și tremorul și bâlbâiala și transpirația – vor dezvălui cumva că sunt slabe sau incompetente. Așa că devin agitate și încep să se bâlbâie sau se înroșesc, ceea ce le face să fie și mai agitate, ceea ce le face să se bâlbâie și să se înroșească și mai tare, ceea ce le aruncă într-un cerc vicios din ce în ce mai intens de anxietate și de deteriorare a performanței.

În această privință, înroșirea este infernală. Primul studiu de caz[11] asupra ereutofobiei (frica de a te înroși în public) a fost publicat în 1846 de un medic german care a descris un student la Medicină în vârstă de 21 de ani, împins la sinucidere de rușinea provocată de înroșirea incontrolabilă. Câțiva ani mai târziu, Darwin a dedicat un capitol întreg din *Expresia emoțiilor la om și animale* teoriei sale asupra înroșirii, observând că înroșirea trădează anxietatea în chiar momentul în care există cea mai intensă dorință de a o ascunde. „Ceea ce ne provoacă înroșirea nu este simplul act de a medita asupra propriului nostru aspect, ci de a ne gândi la ce cred alții despre noi"[12], scria Darwin. „Este notoriu că nimic nu face pe cineva să roșească atât de mult ca o observație, oricât de neînsemnată, în privința aspectului său personal."

Darwin avea dreptate: am avut colegi predispuși la înroșire nervoasă, și nimic nu-i făcea să fie mai roșii decât o remarcă în public despre faptul că se înroșesc. Înainte să se mărite, o astfel de colegă a încercat mai multe combinații de tratamente medicamentoase și s-a gândit chiar la intervenții chirurgicale în speranța de a scăpa de ceea ce credea că avea să fie o umilință intolerabilă. (În fiecare an, mii de persoane care se înroșesc din cauze nervoase se supun unei simpatectomii endoscopice transtoracice, care presupune distrugerea ganglionului unui nerv simpatic situat în apropierea toracelui.) Eu, care am norocul ca înroșirea să nu se numere printre simptomele mele nervoase obișnuite, mă uit la ea și mă gândesc cât e de prostuță dacă crede că ar fi umilitor să roșească la nuntă. Și apoi mă gândesc cât de rușine îmi era mie să

transpir și să tremur la propria mea nuntă și mă întreb dacă nu sunt la fel de prostuț ca ea.

Rușinea, poate, este emoția care acționează aici – motorul care pune în mișcare și anxietatea, și înroșirea. În 1839, Thomas Burgess, un medic britanic, susținea în *The Physiology or Mechanism of Blushing* (*Fiziologia sau mecanismul înroșirii*) că Dumnezeu a creat înroșirea pentru ca „sufletul să fie aibă puterea de a arăta pe față diversele emoții interne provocate de sentimentele morale"[13]. Înroșirea, scria el, poate „servi drept control al propriei persoane și ca semn pentru ceilalți că încălcăm regulile care trebuie considerate sacre". Pentru Burgess, ca și pentru Darwin, înroșirea este dovada fiziologică deopotrivă a conștiinței noastre de sine și a sociabilității noastre – manifestare nu numai a conștiinței propriului sine, ci și a sensibilității noastre la modul în care ne percep ceilalți.

Cercetarea de mai târziu a lui Darwin, ca și descoperirile moderne ale biologilor evoluționiști susțin că înroșirea este nu numai un semn al corpului nostru pentru noi înșine că săvârșim o transgresiune socială rușinoasă (poți să simți că te înroșești după senzația de încălzire a feței), ci și un semnal pentru ceilalți că ne simțim umili și stânjeniți. Este un mod de a arăta respect membrilor cu un statut social superior din propria specie – și este, după cum ar spune Burgess, o modalitate de a ne controla impulsurile antisociale, de a nu ne lăsa să deviem de la normele sociale în vigoare. Anxietatea socială și înroșirea pe care o provoacă pot fi adaptative din punct de vedere evoluționist – comportamentul pe care îl susțin poate menține angajamentul social și ne face să nu fim ostracizați de către trib.

Deși tulburarea anxioasă socială este relativ nouă în istoria psihiatriei ca diagnostic oficial – s-a născut în 1980, când această afecțiune era una dintre noile tulburări anxioase extrase din vechile nevroze freudiene în a treia ediție a *DSM* –, sindromul pe care îl descrie a existat dintotdeauna, iar simptomele sunt asemănătoare de la o epocă la alta.[i] Scriind în 1901, Paul Hartenberg, romancier

[i]) Sintagma „fobie socială" a apărut prima oară în 1903, când Pierre Janet, influent psihiatru francez, contemporan și rival al lui Freud, a publicat o

și psihiatru francez, a descris un sindrom a cărui constelație de simptome fizice și afective corespunde remarcabil definiției din *DSM-V* a tulburării anxioase sociale.[14] Persoana cu fobie socială (*timide*) se teme de alți oameni, nu are încredere în sine și se ferește de interacțiunile sociale, scria Hartenberg în *Les timides et la timidité*. Anticipând situațiile sociale, persoana cu fobie socială a lui Hartenberg resimte simptome fizice ca puls rapid, frisoane, hiperventilație, transpirație, greață, vărsături, diaree, tremor, dificultăți de vorbire, senzație de sufocare și insuficiență respiratorie, la care se adaugă o amorțeală a simțurilor și „confuzie mentală". De asemenea, acești oameni se simt rușinați. Hartenberg anticipează chiar distincția modernă dintre persoanele care sunt anxioase în toate situațiile sociale și cele care resimt anxietate numai înaintea unei prestații în public – o experiență afectivă diferită pe care el a numit-o *trac* și despre care a scris că afectează numeroși eruditi, muzicieni și actori înainte de o prelegere sau un spectacol. (Această experiență, scrie Hartenberg, este ca răul de înălțime sau răul de mare – apare brusc, adesea din senin.)

Totuși, în ciuda a ceea ce pare consecvență a descrierilor anxietății sociale de-a lungul mileniilor, diagnosticul de tulburare anxioasă socială rămâne controversat în unele locuri. Chiar după ce sindromul a fost înscris formal în 1980 în *DSM*, diagnosticul de fobie socială a fost aplicat rar în următorii ani. Psihoterapeuții occidentali aveau tendința de a-l considera mai degrabă o „tulburare asiatică" – afecțiune care înflorea în „culturile bazate pe rușine"[16] (după cum le descriau antropologii) din Japonia și Coreea de Sud, unde este foarte prețuit comportamentul social corect. (În psihiatria japoneză, afecțiunea numită *Taijin-Kyofu-Sho*, întru câtva comparabilă cu ceea ce noi numim tulburare anxioasă socială, este de mult unul dintre cele mai frecvente diagnostice.) O cercetare interculturală realizată în 1994 sugerează că relativa prevalență în Japonia a simptomelor fobiei sociale poate avea legătură cu „susținerea socială a manifestării rușinii prezentă la

---

taxonomie a bolilor mintale care clasifica ereutofobia printre ceea ce el numea *phobies sociales* sau *phobies de la société*.[15]

populația japoneză". Societatea japoneză în sine, afirma autorul principal al studiului, poate fi considerată „pseudo-sociofobică" pentru că sentimentele și comportamentele care în Occident ar fi considerate simptome psihiatrice – rușine excesivă, evitarea contactului vizual, manifestări elaborate de respect – în Japonia sunt norme culturale.[i]

În SUA, tulburarea anxioasă socială și-a găsit la începuturi reprezentantul în persoana lui Michael Liebowitz, un psihiatru de la Universitatea Columbia care a făcut parte din subcomisia *DSM* care a acreditat oficial această afecțiune. În 1985, Liebowitz a publicat un articol[17] în *Archives of General Psychiatry* intitulat „Social Anxiety – the Neglected Disorder" („Anxietatea socială – tulburarea neglijată"), în care susținea că această boală era teribil de subdiagnosticată și subtratată.[ii] După apariția acestui articol, cercetările asupra fobiei sociale au început încet să se înmulțească. Până în 1994[18], sintagma „tulburare anxioasă socială" apăruse de numai 50 de ori în presa populară; cinci ani mai târziu, apăruse de sute de mii de ori. Cum a ajuns această tulburare să colonizeze imaginația publicului? În mare datorită unui unic eveniment: în 1999 Administrația pentru Alimente și Medicamente a aprobat utilizarea de Paxil pentru tratamentul tulburării anxioase sociale.[iii] SmithKline Beecham a lansat rapid o campanie de promovare de multe milioane de dolari care se adresa și psihiatrilor, și publicului general.

„Imaginează-ți că ești alergic la oameni", spunea textul reclamei larg difuzate la Paxil. „Te înroșești, transpiri, tremuri – îți este greu și să respiri. Așa te simți dacă ai tulburare anxioasă socială." Propulsată de noua răspândire culturală a afecțiunii – aceeași reclamă susținea că „peste zece milioane de americani" sufereau

---

i) Chiar dacă această concluzie nu e întemeiată, ea demonstrează măcar modalitățile complexe în care interacționează cultura și medicina: ce este normal, chiar valorizat, într-o cultură este considerat patologic în alta.

ii) Liebowitz a dezvoltat de asemenea și ceea ce a devenit instrumentul standard de evaluare a nivelului de anxietate socială al pacienților.

iii) Paxil fusese aprobat anterior pentru tratamentul depresiei, tulburării obsesiv-compulsive și tulburării anxioase generalizate.

de tulburare anxioasă socială –, numărul de rețete de Paxil a explodat. Acest medicament a întrecut Prozac și Zoloft și a devenit cel mai bine vândut antidepresiv inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei din SUA.

Înainte de 1980, nimeni nu fusese diagnosticat vreodată cu tulburare anxioasă socială; 20 de ani mai târziu, studiile estimau că zece până la 20 de milioane de americani erau susceptibili de a primi acest diagnostic. Astăzi, statisticile oficiale ale Institutului Național pentru Sănătate Mintală spun că peste 10% dintre americani vor suferi la un moment dat în viață de tulburare anxioasă socială – și că aproximativ 30% dintre acești oameni vor avea forme acute ale acesteia. (Studii din reviste medicale respectabile prezintă statistici similare.)

Nu e de mirare că lucrurile sunt controversate: de la zero pacienți la zeci de milioane în mai puțin de 20 de ani. E simplu să ajungi la un plan cinic: se inventează un diagnostic psihiatric; se consideră inițial că îl au foarte puțini pacienți. Apoi este aprobat un medicament. Dintr-odată, numărul de diagnosticări explodează. Industria farmaceutică culege un profit de miliarde de dolari.

Mai mult, susțin acești critici, mai există o denumire pentru sindromul care îi afectează aparent pe cei cu tulburare anxioasă socială. Se numește timiditate, o dispoziție temperamentală obișnuită, care cu greu ar putea fi considerată boală mintală. În 2007, Christopher Lane, profesor de engleză la Universitatea Northwestern, a publicat o carte întreagă cu acest argument, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (*Timiditatea: cum un comportament normal a devenit o boală*), în care susține că psihiatrii, în cârdășie cu industria farmaceutică, au reușit să patologizeze o banală trăsătură de caracter.[i]

Pe de o parte, explozia bruscă de diagnosticări cu tulburare anxioasă socială este cu siguranță reprezentativă pentru puterea

[i]) Cartea lui Lane este reprezentativă pentru literatura substanțială și în continuă creștere care acuză complexul industrial farmaceutic de crearea pentru profit a unor noi categorii de tulburări. Voi spune mai multe despre asta în partea a treia.

eforturilor de marketing ale industriei farmaceutice de a produce cerere pentru un produs. În afară de asta, este normal un oarecare grad de neliniște în legătură cu interacțiunile sociale. Câți dintre noi *nu* simt un anumit nivel de disconfort când se confruntă cu perspectiva de a trebui să susțină conversații banale cu niște străini la o petrecere? Cine *nu* simte o oarecare anxietate când trebuie să apară în public sau să fie judecat de un auditoriu? O asemenea anxietate este sănătoasă, chiar adaptativă. Definirea unui astfel de disconfort ca fiind ceva ce trebuie tratat cu pastile înseamnă medicalizarea a ceea ce este întru totul uman. Toate astea întăresc ideea că tulburarea anxioasă socială nu este nimic mai mult decât o născocire a industriei farmaceutice.

Pe de altă parte, pot spune, și din cercetări aprofundate, și din experiență personală, că, oricât de convingător ar fi ceea ce afirmă Lane și ceilalți critici ai industriei farmaceutice, suferința pe care o îndură unele persoane cu fobie socială este reală și intensă. Există oare oameni „normal" de timizi, nu persoane bolnave mintal sau care au nevoie de îngrijiri psihiatrice, care sunt vârâți în categoria largă de diagnostic a tulburării anxioase sociale, înghițită de imperativele de profit ale companiilor producătoare de medicamente? Desigur. Dar există și oameni cu anxietate socială care pot beneficia cu adevărat de medicamente și de alte forme de tratament psihiatric – pe care, în unele cazuri, medicamentele îi salvează de alcoolism, disperare și sinucidere? Cred că există.

Acum câțiva ani, revista la care lucrez a publicat un eseu despre dificultatea de a fi introvertit. La scurt timp, a sosit la biroul meu următoarea scrisoare:

> Tocmai am citit articolul dvs. despre introversiune. În urmă cu un an, fiul meu de 26 de ani s-a plâns că este introvertit. L-am asigurat că nu e nici o problemă, în familia noastră toți suntem introvertiți liniștiți. Acum trei luni ne-a lăsat un bilet, a cumpărat o pușcă și s-a omorât. În bilet spunea că mecanismele lui sunt defecte. [...] Se simțea anxios și ciudat în preajma oamenilor și nu putea să continue. [...] Era inteligent, blând și

foarte educat. Tocmai începuse un stagiu în relații publice și cred că asta l-a împins dincolo de limită. Aș fi vrut să-mi fi spus ceva înainte să cumpere pușca. Credea probabil că asta era singura lui opțiune. Era genul de om neliniștit când i se lua sânge. Nu vă puteți imagina cât de oribil a fost totul.

Un studiu[19] a descoperit că până la 24% dintre pacienții diagnosticați cu tulburare anxioasă socială au la un moment dat o tentativă de sinucidere. Cine ar putea susține că nu sunt decât timizi sau că un medicament care le-ar fi putut ameliora suferința nu ar fi decât o modalitate de a obține profit?

Nici o pasiune nu răpește în mod atât de eficace minții noastre orice capacitate de a acționa și de a raționa cum face frica.

— Edmund Burke, *A Philosophical Inquiry into the Origin of Our Ideas of the Sublime and Beautiful* (1756)[a]

Din câte îmi amintesc, anxietatea mea de performanță a înflorit când aveam 11 ani. Înainte, făcusem prezentări în clasă și în fața comitetelor școlare și nu resimțisem decât o ușoară agitație. Așa că am fost luat prin surprindere când, în clasa a șasea, aflându-mă pe scenă în rolul principal din piesa de dinaintea vacanței *Sfântul Gheorghe și dragonul*, am descoperit dintr-odată că nu mai puteam să vorbesc.

Era o seară de la jumătatea lui decembrie și sala era plină, în public fiind zeci de părinți, profesori, frați și surori. Îmi amintesc că stăteam în culise, așteptând momentul să intru pe scenă prin stânga, puțin agitat. Deși îmi vine greu să-mi imaginez acum, cred că îmi plăcea de fapt și de-abia așteptam să mă bucur de toată atenția demnă de rolul principal. Dar când am ajuns în centrul

[a]) Vezi Edmund Burke, *Despre sublim și frumos: cercetare filozofică a originii ideilor*, trad. de Anda Teodorescu și Andrei Bantaș, Meridiane, București, 1981, pp. 90–91 (n. tr.).

scenei și m-am uitat la public, am văzut toți ochii ăia fixați pe mine și am simțit o apăsare în piept.[i] După câteva secunde m-am pomenit paralizat de panica fizică și emoțională și de-abia am putut vorbi. M-am forțat să rostesc câteva replici tremurate cu o voce pierdută – după care nu am mai fost în stare să scot o vorbă. M-am oprit în mijlocul frazei, simțind că eram pe punctul de a vomita. S-au scurs câteva secunde agonizante de tăcere, până când prietenul meu Peter, care juca rolul valetului, m-a salvat spunându-și următoarea replică.[ii] Desigur că asta nu i s-a părut coerent publicului, dar a împins scena spre final și am ajuns din fericire în culise. Până la următoarea scenă simptomele fizice ale anxietății mele se atenuaseră puțin; la finalul piesei am ucis dragonul conform scenariului. După aceea oamenii mi-au spus că au apreciat scena luptei și (din politețe, eram sigur) nimeni nu zis nimic despre prima mea scenă, în care trebuie să fi arătat, în cel mai bun caz, ca și cum mi-aș fi uitat replica sau, mai rău, ca și cum aș fi înghețat de groază.

În acea seară am simțit cum mă înghite pământul. După aceea nici o apariție publică nu a mai fost la fel. Făceam parte pe atunci dintr-un cor de băieți care cânta în biserici și în săli de spectacol din toată Marea Britanie. Concertele erau tortură. Nu eram unul dintre cei mai buni cântăreți, așa că nu aveam solouri; eram doar unul dintre cei 24 de băieți prepuberi anonimi de pe scenă. Dar fiecare moment era un prilej de suferință. Îmi țineam partitura în dreptul feței, astfel încât publicul să nu mă poată vedea, și doar mă prefăceam, mișcându-mi buzele fără să cânt. Aveam senzația

[i]) Cercetările au arătat că faptul de a fi ținta privirii altcuiva provoacă o activare afectivă și fiziologică foarte intensă. Unul dintre cele mai sigure moduri de a activa neuronii din amigdala unui subiect experimental uman este pur și simplu să pui pe cineva să se uite la el. Numeroase studii au demonstrat că amigdala persoanelor diagnosticate cu tulburare anxioasă socială tinde să fie mai reactivă la privirea oamenilor decât în cazul subiecților sănătoși din grupul de control.

[ii]) Nu pot decât să bănuiesc că Peter nu resimțea o astfel de anxietate. A ajuns membru al cabinetului prezidențial în timpul primului mandat al lui Barack Obama.

oribilă că mă sufoc, mă durea burta și-mi era teamă că aș fi vomitat dacă aș fi scos vreun sunet.[i]

Am renunțat la cor, dar nu am putut să evit toate aparițiile publice – mai ales că anxietățile mele s-au agravat și definiția mea de public s-a lărgit. În următorul an, în clasa a șaptea, făceam o prezentare la ora de științe a domnului Hunt. Credincios preocupărilor mele fobice, alesesem să fac un referat despre biologia intoxicației alimentare. Stând în fața clasei, m-am simțit copleșit de amețeală și greață. Nu am reușit să spun decât câteva fraze poticnite din prezentare înainte de a mă opri și a spune cu un chițăit plângăcios: „Nu mă simt bine". Dl Hunt mi-a zis să stau jos. „Poate că are o intoxicație alimentară", a glumit un coleg. Toată lumea a râs, dar eu ardeam de umilință.

Câțiva ani mai târziu am câștigat campionatul de tenis la juniori de la un club local. După aceea s-a ținut un banchet la care au fost oferite trofeele. Tot ce trebuia să fac era să urc pe podium când se striga numele meu, să dau mâna cu organizatorul campionatului, să zâmbesc la cameră și să cobor de pe podium. Nici măcar nu trebuia să vorbesc.

Dar când organizatorii au început să dea premiile pe categorii de vârstă am început să tremur și să transpir. Perspectiva ca toți ochii ăia să fie ațintiți asupra mea mă îngrozea – eram sigur că aveam să mă fac de râs cumva. Cu câteva minute înainte să mi se strige numele m-am furișat pe ușa din spate și am fugit să mă ascund într-o toaletă de la subsol, de unde am ieșit abia câteva ore mai târziu, când eram sigur că banchetul se terminase. (Acest tip de comportament evitant extrem este comun la persoanele cu fobie socială. Am dat la un moment dat în literatura clinică peste o relatare despre o femeie care, simulând că era bolnavă, nu a participat la un banchet organizat de compania la care lucra și în

[i]) Nu mă ajuta deloc nici faptul că dirijorul era un bărbat bizar și tiranic, care locuia cu părinții și se bâlbâia oribil. La repetiții începea să țipe și se bloca la un cuvânt cu fața contorsionată într-un paroxism de furie și frustrare, și trebuia să aștepți multe secunde până să iasă în cele din urmă ocara pe care încerca să ți-o arunce în față.

timpul căruia urma să i se ofere un premiu pentru realizări excepționale, fiindcă o neliniștea foarte tare perspectiva de a se afla în centrul atenției. După ce a evitat dineul, un mic grup de colegi a organizat o recepție într-un cadru mai intim în onoarea ei. A preferat să-și dea demisia decât să participe.)

O dată, când eram la facultate, am făcut cerere pentru o bursă, ceea ce presupunea să particip la un interviu cu o comisie formată din șase membri ai facultății, cu cei mai mulți având deja o relație bună. Am vorbit cu ușurință înainte de discuția oficială. Dar când a început interviul și mi-au pus prima întrebare oficială, mi s-a strâns pieptul și nu am mai putut scoate un sunet. Stăteam acolo, deschizând gura fără cuvinte și apoi închizând-o ca un pește sau un pui de mamifer care suge la sân. Când am reușit în cele din urmă să-mi folosesc vocea, mi-am cerut scuze și am zbughit-o afară, simțind în ceafă privirea perplexă a comisiei, și asta a fost tot.

Și iată, problema a continuat la vârsta adultă. Au existat diverse catastrofe mărunte, umilitoare (în timpul unor prezentări publice am ieșit din scenă la mijlocul frazei) și nenumărate situații în care aproape am ratat (emisiuni de televiziune în care am simțit cum începe să mi se strângă pieptul; prelegeri și interviuri în care încăperea începea să se încețoșeze, greața să mi se ridice în piept și vocea să-mi scadă într-un murmur bolnăvicios). Cumva, de multe ori când totul părea să se ducă de râpă, am reușit să răzbat. Dar în toate aceste situații, chiar dacă aparent totul merge bine, mă simt de parcă aș fi pe muchie de cuțit, între succes și eșec, adulare și umilire – între justificarea existenței mele și dezvăluirea faptului că nu merit să trăiesc.

Ceea ce-i tulbură pe oameni nu sunt lucrurile, ci opiniile pe care le au despre ele. — Epictet, „Despre neliniște" (secolul I d.Cr.)

De ce mă trădează corpul în aceste situații?

Anxietatea de performanță nu este vreun sentiment eteric, ci mai degrabă o stare mentală intensă care are aspecte fizice concrete,

măsurabile în laborator: ritm cardiac accelerat, palpitații, niveluri ridicate de adrenalină și noradrenalină în fluxul sangvin, reducerea peristaltismului și tensiune arterială crescută. Aproape toată lumea are o reacție determinată de sistemul nervos autonom când evoluează în public: majoritatea oamenilor au un nivel de două sau de trei ori mai mare de noradrenalină în sânge la începutul unei prelegeri, descărcare de adrenalină care poate îmbunătăți performanța – dar la persoanele cu fobie socială, acest răspuns al sistemului nervos autonom tinde să fie mai acut și se traduce în simptome fizice debilitante și suferință emoțională. Studii[20] realizate la Universitatea din Wisconsin au descoperit că, înainte de susținerea unui discurs, indivizii cu anxietate socială prezintă o activare intensă a emisferei cerebrale drepte, care pare să interfereze și cu procesarea logică, și cu abilitățile verbale – tipul de înghețare a creierului pe care a avut-o tânărul Gandhi la tribunal. Experiența de a te zbate să gândești sau să vorbești clar în momentele de stres social are un substrat biologic evident.

Terapeuții cognitiv-comportamentali susțin că tulburarea anxioasă socială este o problemă de perturbare a logicii, de gândire greșită. Dacă ne putem corecta credințele false și atitudinile dezadaptative – „cognițiile" sau „schemele" noastre, după cum spun ei – putem vindeca anxietatea. Epictet, sclav din Grecia antică și filozof stoic care a trăit la Roma în secolul I d.Cr., a fost prototipul terapeutului cognitiv-comportamental. Eseul lui „Despre neliniște", pe lângă faptul că este una dintre cele mai timpurii contribuții la literatura *self-help*, pare a fi prima încercare de a face legătura între anxietatea de performanță și ceea ce noi am numi astăzi probleme de stimă de sine.

„Când văd un om neliniștit, mă întreb «ce dorește el?»"[21], scrie Epictet. „Dacă nu-și dorește vreun lucru care nu-i stă în puteri, cum de este încă neliniștit? Un muzician, de exemplu, nu este neliniștit când cântă pentru el însuși; dar este atunci când apare pe scenă, chiar dacă vocea nu i-a fost niciodată mai bună sau dacă nu a cântat niciodată mai bine. Pentru că ceea ce își dorește nu este numai să cânte bine, ci și să fie aplaudat. Dar asta nu stă în

puterea lui. Pe scurt, acolo unde-i este îndemânarea îi este curajul." Cu alte cuvinte, nu ai cum să controlezi dacă publicul aplaudă sau nu, așa că ce rost are să te îngrijorezi în legătură cu asta? Pentru Epictet, anxietatea era o tulburare a dorinței și emoției care putea fi învinsă prin logică. Când îți poți antrena mintea să acționeze în același mod indiferent dacă ești singur sau ești observat, nu vei fi afectat de trac.

Doi psihoterapeuți influenți din secolul XX, Albert Ellis și Aaron Beck, fondatorii terapiei rațional-emotive și comportamentale (TREC/REBT), respectiv ai terapiei cognitiv-comportamentale (TCC/CBT), au susținut că tratamentul anxietății sociale nu este nimic altceva decât depășirea fricii de dezaprobare. Pentru a învinge anxietatea socială, spun ei, trebuie să te deprinzi cu rușinea inutilă.

În acest scop, când dr. M., practicantă a modelului CBT, mă trata la Centrul pentru Anxietate și Tulburări Anxioase de la Universitatea Boston, și-a propus, în scop terapeutic, să mă facă de râs. Mă escorta la librăria universității care era de lângă centru și stătea discret prin preajmă în timp ce eu le puneam vânzătorilor întrebări intenționat prostești sau le spuneam că aveam nevoie să mă duc la toaletă pentru că urma să vomit. Pentru mine asta a fost chinuitor de ciudat și stânjenitor (ăsta era și scopul), și nu prea a ajutat. Dar asta este terapia standard de expunere pentru persoanele cu fobie socială; un număr din ce în ce mai mare de studii susțin eficiența acesteia. Ideea este, în parte, de a-i demonstra pacientului că dezvăluirea imperfecțiunilor sau faptul de a face ceva stupid nu este sfârșitul lumii sau distrugerea sinelui.[i]

Terapeuții cu o înclinație ceva mai psihanalitică tind să se concentreze asupra convingerii ferme a persoanei cu anxietate socială că este o ființă umană profund defectă sau dezgustătoare,

[i]) Am văzut de mai multe ori alți terapeuți de la centru supunându-și pacienții la expuneri asemănătoare în același magazin, obligându-i să pună întrebări ciudate sau să facă greșeli evidente și stânjenitoare. Probabil că angajații se întrebau de ce aveau în fiecare zi atât de multe interacțiuni bizare cu clienți tulburați.

fără vreo valoare intrinsecă. Kathryn Zerbe[22], psihiatră în Portland, Oregon, a scris că individul cu fobie socială se teme cel mai tare ca alți oameni să-i vadă sinele real și inadecvat. Pentru aceste persoane, orice tip de activitate – muzicală, sportivă, de vorbit în public – poate fi înfricoșătoare fiindcă eșecul ar dezvălui nevolnicia și inadecvarea lăuntrică. Ceea ce înseamnă proiectarea constantă a unei imagini care pare falsă – o imagine de încredere, competență, perfecțiune chiar. Dr. W. numește asta managementul impresiei și observă că, deși poate fi un *simptom* al anxietății sociale, este în mai mare măsură o *cauză*. Odată ce ai investit în menținerea unei imagini publice neautentice a sinelui tău, te simți întotdeauna în pericolul de a fi expus ca impostor: e suficientă o greșeală, o manifestare de anxietate sau de slăbiciune, și fațada de competență și realizări este expusă drept ceea ce este – o *persona* artificială menită să ascundă sinele vulnerabil din interior. Așadar mizele pentru orice manifestare devin înfiorător de ridicate: succesul înseamnă menținerea percepției valorii și stimei; eșecul înseamnă expunerea sinelui de care ți-e rușine și pe care încerci din răsputeri să-l ascunzi. Managementul impresiei este epuizant și stresant – trăiești cu teama constantă, după cum spune dr. W., că acest castel din cărți de joc reprezentat de sinele tău proiectat se va prăbuși asurzitor în jurul tău.

> *Un bâlbâit nu e niciodată un om lipsit de valoare. Fiziologia ne spune de ce. Un exces de sensibilitate în prezența unui seamăn este ceea ce-l face să se bâlbâie.* — Thomas Carlyle, într-o scrisoare către Ralph Waldo Emerson (17 noiembrie 1843)

Încă din 1901, Paul Hartenberg a anticipat una dintre descoperirile esențiale ale cercetărilor moderne asupra persoanelor cu fobie socială. Deși acestea sunt deosebit de atente la sentimentele celorlalți oameni, scria el în *Les timides et la timidité*, și examinează în detaliu intonațiile, expresiile faciale și limbajul trupului

interlocutorului în căutarea semnelor ce indică modul în care oamenii reacționează la ele, sunt de asemenea excesiv de încrezătoare în concluziile pe care le trag pe baza acestor observații – și mai ales în concluziile lor *negative*. Cu alte cuvinte, persoanele cu fobie socială captează mai bine decât ceilalți oameni semnele sociale subtile – dar tind să suprainterpreteze orice poate fi înțeles ca reacție negativă. Fiind predispuse să creadă că oamenii nu le vor plăcea sau vor reacționa rău față de ele (au tendința de a avea gânduri obsesive cum ar fi *Sunt plictisitor* sau *O să zic ceva prostesc și o să mă fac de râs*), caută permanent confirmări ale acestei convingeri interpretând, să spunem, un căscat înăbușit sau o încrețire a buzelor ca însemnând dezaprobare. „Persoanele foarte anxioase analizează mai rapid expresiile faciale decât oamenii cu un nivel mai scăzut al anxietății"[23], spune R. Chris Fraley, profesor de psihologie la Universitatea din Illinois, Urbana-Champaign, „dar sunt de asemenea mai predispuși să le interpreteze greșit". Alexander Bystritsky, directorul Programului pentru Tulburări Anxioase de la UCLA, afirmă că, deși oamenii anxioși au într-adevăr „un barometru afectiv sensibil" care le permite să detecteze modificări subtile ale emoțiilor, „acest barometru îi poate face să interpreteze exagerat o manifestare"[24].

Într-o anumită privință, persoanele cu fobie socială au darul de a identifica mai repede și mai bine indicatori comportamentali care provin de la ceilalți, având antene sociale atât de sensibile, încât primesc transmisiuni pe care oamenii „normali" nu le recepționează. Altfel spus, percepția oamenilor sănătoși este mai puțin ascuțită într-un mod adaptativ; se poate să nu recepționeze indicatori negativi – un căscat de plictiseală sau o grimasă de dispreț – care chiar sunt acolo.

Arne Öhman[25], specialist suedez în neuroștiințe de la Universitatea Uppsala care a scris mult despre biologia evoluționistă a comportamentului fobic, consideră că barometrul afectiv supersensibil al persoanelor cu fobie socială este determinat genetic, făcându-le pe acestea acut conștiente de statutul social în interacțiunile interpersonale. Un exemplu ar fi cazul lui Ned, un dentist

de 56 de ani care își practica meseria. La o privire din exterior, Ned era un om de succes. Dar când s-a prezentat în cabinetul psihiatrului, Ned a povestit cum cariera sa a fost distrusă de frica lui „de a nu face ceva prostesc"[i26]. Este destul de comună anxietatea de a nu face ceva greșit și care ar duce la umilire socială. Dar frica lui Ned avea ceva specific și interesant: anxietatea lui de performanță era acută numai când se ocupa de pacienți pe care îi percepea – pe baza tipului de asigurare – ca având un statut social superior lui. Când lucra cu pacienți care nu aveau asigurare sau cu o asigurare Medicaid, anxietatea lui era neglijabilă. Dar când trata pacienți cu asigurări pretențioase, care indicau slujbe cu statut înalt, Ned era îngrozit că mâinile i-ar tremura vizibil sau că ar transpira excesiv, dezvăluindu-și anxietatea în fața pacienților pe care îi credea imuni la anxietate și (după cum a spus el) „se simt confortabil în lume" și, astfel, dispuși să-l judece și chiar să-l ridiculizeze din cauza slăbiciunii lui.

Simptomele acestui tip de anxietate socială bazată pe statut – și în special frica de a fi expus ca „slab" față de ceilalți – apar regulat în literatura psihiatrică de aproximativ o sută de ani. Și numeroase dovezi susțin afirmația lui Öhman că oamenii ca Ned au o conștiință calibrată prea fin a statutului social și a inegalității sociale. Un studiu[27] realizat de Institutul Național pentru Sănătate Mintală publicat în 2008 a descoperit că creierul persoanelor cu fobie socială generalizată reacționează diferit la critică în comparație cu creierul celorlalți oameni. Când persoanele cu fobie socială și subiecții sănătoși din grupul de control au citit comentarii neutre despre ei înșiși, activitatea lor cerebrală nu a fost diferită. Dar când cele două grupuri au citit comentarii *negative* despre propria persoană, cei diagnosticați cu tulburare anxioasă socială au prezentat o creștere semnificativă a fluxului sangvin la nivelul amigdalei și cortexului prefrontal medial – două arii cerebrale asociate cu anxietatea și reacția la stres. Creierul persoanelor cu fobie socială pare predeterminat să fie hipersensibil la comentarii negative.

---

[i]) Cazul lui Ned este preluat din cartea *Social Phobia* a lui John Marshall.

Această descoperire este întru totul compatibilă cu numeroase studii care arată că persoanele cu fobie socială prezintă o hiperreactivitate a amigdalei ca reacție la expresii faciale negative. Când acești oameni văd fețe care par furioase, înfricoșate sau dezaprobatoare, neuronii din amigdala lor se activează mai rapid și mai intens decât în cazul subiecților sănătoși din grupul de control. Conform cercetătorilor de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală, „disfuncțiile provocate de fobia socială generalizată pot reflecta cel puțin parțial o atitudine negativă față de sine, în special ca reacție la stimuli sociali, după cum indică modificările de la nivelul cortexului prefrontal medial"[28]. În limbaj obișnuit, asta înseamnă că rușinea și stima redusă de sine au o adresă biologică: este evident că locuiesc în interconexiunile amigdalei și cortexului prefrontal medial.

Există acum o întreagă subcategorie de studii RMNf care demonstrează că amigdala reacționează intens la stimuli sociali care nu sunt percepuți de mintea conștientă. Când un individ este într-un aparat RMNf și i se prezintă imagini cu fețe speriate sau furioase, culorile care se aprind pe ecran indică o creștere a activității amigdalei. Asta nu e surprinzător: știm că amigdala este sediul reacției de frică. Nu e surprinzător nici că neuronii din amigdala persoanelor diagnosticate cu fobie socială tind să se activeze mai frecvent și mai intens decât în cazul celorlalți oameni ca răspuns la fețe înfricoșate sau furioase. Surprinzător este că toți oamenii – și cei cu fobie socială, și cei sănătoși din grupurile de control – prezintă o reacție considerabilă la nivelul amigdalei ca răspuns la fotografii pe care nu le percep vizual în mod conștient.[29] Adică dacă te uiți la o serie de imagini inofensive cu flori în care sunt intercalate imagini cu fețe speriate sau furioase derulate atât de rapid încât nu ești conștient că le-ai văzut, amigdala ta se va activa ca reacție la expresiile faciale – chiar dacă nu știi că le-ai văzut. Când întrebi subiecții acestor experimente dacă au văzut fețele speriate sau furioase, îți vor spune că nu; imaginile s-au derulat prea rapid pentru a fi înregistrate de creierul conștient. Dar amigdala, care operează cu viteza fulgerului sub nivelul

cunoașterii conștiente, percepe fețele tulburătoare și se aprinde pe ecran. Unii subiecți spun că s-au simțit neliniștiți în acele momente – dar nu pot identifica sursa anxietății. Asta pare o dovadă neuroștiințifică că Freud avea dreptate când vorbea despre existența inconștientului: creierul reacționează intens la stimuli de care nu suntem conștienți.

Sute de studii indică un răspuns neurobiologic inconștient de stres provocat de stimuli sociali. Pentru a cita doar unul dintre acestea, o cercetare publicată în 2008 în *Journal of Cognitive Neuroscience* a descoperit că oamenii cărora li se arată imagini cu fețe care exprimă diverse emoții timp de 30 de milisecunde – prea rapid pentru ca mintea conștientă să le poată percepe – prezintă reacții cerebrale „semnificative". (Cei cu anxietate socială au avut cele mai intense reacții cerebrale.) Este fascinant că, atunci când subiecților li s-a cerut să evalueze dacă imaginile fețelor surprinse erau pozitive sau negative, evaluarea lor a fost puternic afectată de imaginile subliminale care tocmai le trecuseră pe dinaintea ochilor: când imaginea cu o față uimită a fost precedată de o imagine subliminală cu o față furioasă sau speriată, era mult mai probabil ca subiecții să spună că fața uimită la care se uitau avea o expresie negativă și exprima frică sau furie; când imaginea aceleiași fețe surprinse fusese precedată de o față fericită, era mult mai probabil ca subiecții să spună că aceeași față surprinsă exprima bucurie. După cum a spus unul dintre cercetători, „Semnalele de amenințare percepute inconștient [...] ies la suprafață și influențează judecățile sociale fără ca persoana să știe"[30].

Ce rost are să dispui de un echipament de percepție socială acordat atât de fin? De ce face creierul nostru judecăți de care nu suntem conștienți?

O teorie este că o astfel de „judecată socială rapidă" ne-a îmbunătățit șansele de supraviețuire pe parcursul istoriei. Într-un grup de babuini sau într-un trib de vânători-culegători, nu vrei să faci o impresie socială care va atrage atacuri din partea semenilor sau din cauza căreia vei fi alungat. Pentru babuini, să fie excluși din grup înseamnă adesea moartea: este probabil ca o maimuță

singură peste care dă un alt grup să fie atacată și omorâtă. Să fii un om preistoric alungat de trib însemna și să ți se refuze accesul la rezervele de hrană ale comunității, și să rămâi vulnerabil în fața animalelor de pradă. Așadar, o anumită sensibilitate socială – acord fin la cerințele impuse de grup, cunoașterea amenințărilor sociale, înțelegerea modurilor de manifestare a respectului care te va face să nu fii pocnit de un membru cu statut mai înalt al grupului din care faci parte – este adaptativă. (Aici înroșirea poate fi de ajutor ca semn automat de respect față de ceilalți.) Conștientizarea modului în care comportamentul tău social – „performanța" ta – este perceput de ceilalți te poate ajuta să supraviețuiești. Este întotdeauna riscant să atragi atenția asupra ta și să fii judecat negativ: riști ca statutul să-ți fie pus la îndoială și să fii dat afară din trib pentru că ai făcut o impresie negativă.[i]

Murray Stein[31], psihiatru la Universitatea din California, San Diego, a observat că supunerea socială a babuinilor și a altor primate are paralele uimitoare cu fobia socială a oamenilor. Stresul pe care îl resimt persoanele cu fobie socială ca anticipare a interacțiunilor umane normale, și mai ales a acțiunilor în public, spune Stein, provoacă același hipercortizolism – creștere a nivelului hormonilor de stres și activare a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenală (hypothalamic-pituitary-adrenal – HPA) – pe care îl determină statutul subordonat în cazul babuinilor. Hipercortizolismul, la rândul său, activează amigdala, ceea ce provoacă intensificarea anxietății în prezent și consolidarea la un nivel mai profund a interacțiunilor sociale ca răspuns la stres în viitor.[ii]

---

[i]) Unele persoane cu fobie socială găsesc negativă până și atenția favorabilă. Să ne gândim la copilul care începe să plângă când invitații îi cântă „La mulți ani" de ziua lui – sau la Elfriede Jelinek, care se temea să primească Premiul Nobel. Atenția socială – chiar și atenția pozitivă, care oferă sprijin – activează circuitele neuronale ale fricii. Asta are sens dintr-o perspectivă evoluționistă. Să atragi atenție pozitivă asupra ta poate să provoace gelozie sau să genereze noi rivalități.

[ii]) Reacția fobică se consolidează profund la nivelul neuronilor din amigdală și hipocampus – ceea ce constituie în parte motivul pentru care este atât

Cercetările lui Stein au la bază munca lui Robert Sapolsky, neurobiolog la Stanford, autor al unor studii fascinante care indică o corelație directă între statutul în grup al unui babuin și volumul de hormoni de stres din fluxul său sangvin. Populațiile de babuini au o ordonare strictă a ierarhiei masculilor: masculul alfa, care de obicei este cel mai mare și cel mai puternic și care are acces deplin la hrană și femele, respectat de toți ceilalți masculi, apoi maimuța de rangul al doilea, respectată de toate celelalte în afară de masculul alfa – și așa mai departe, până la masculul situat pe ultima treaptă a scării sociale. Dacă într-o luptă între doi babuini câștigă cel cu statut mai înalt, ordinea socială rămâne aceeași; dacă câștigă cel cu statut inferior, ierarhia se schimbă și babuinul câștigător urcă pe scara socială. Echipa lui Sapolsky a reușit, prin observații atente, să stabilească ierarhia socială a unor grupuri de babuini.[32] Analizând probe de sânge de la aceste primate, Sapolsky a descoperit că nivelul de testosteron corelează direct cu statutul social: cu cât un babuin este mai sus în ierarhie, cu atât are un nivel mai mare de testosteron. Mai mult, când un babuin urcă pe scara socială crește nivelul său de testosteron; când pierde din statut, nivelul de testosteron scade. (Această relație cauzală pare să funcționeze în ambele direcții: testosteronul produce dominanță, iar dominanța produce testosteron.)

Dar așa cum statutul înalt este asociat cu testosteronul, statutul inferior este asociat cu hormoni de stres cum ar fi cortizolul: cu cât rangul unui babuin este mai mic, cu atât este mai mare concentrația de hormoni de stres din sângele lui. Un mascul subordonat nu numai că trebuie să depună mai multe eforturi pentru a procura hrană și a avea acces la femele, ci trebuie și să fie atent

---

de dificilă eliminarea fobiilor. În această privință, anxietatea se poate autoîntreține în mod perfid: stresul activează amigdala, ceea ce determină amplificarea anxietății; o anxietate mai intensă stimulează axa HPA, ceea ce face ca amigdala să fie și mai reactivă – și toată această activitate neuronală întărește asocierea anxietății cu stimulul fobic, indiferent dacă e vorba de interacțiuni sociale sau de un zbor cu avionul prin turbulențe. Pe scurt, faptul de a fi anxios te condiționează să fii și mai anxios în viitor.

să nu fie bătut de animalul dominant. Nu este clar dacă nivelul ridicat de cortizol face ca babuinul să fie supus sau dacă stresul de a avea un statut inferior face să crească nivelul de cortizol. Cel mai probabil amândouă – presiunea fizică și psihologică de a fi un babuin subordonat determină secreția unui nivel mai mare de hormoni de stres, ceea ce provoacă o anxietate mai intensă, ceea ce crește nivelul hormonilor de stres, ceea ce generează o supunere mai accentuată și o stare generală proastă de sănătate.

Deși descoperirile din studiile pe animale pot fi aplicate doar indirect modului în care înțelegem natura umană (noi putem să gândim în modalități în care primatele n-o pot face), reacția de anxietate a lui Ned la activitatea stomatologică asupra pacienților „cu statut mai înalt" se poate să aibă rădăcini în preocupările primitive de a nu depăși granițele ierarhiei sociale. Babuinii și urangutanii cu statut inferior care nu-și coboară privirea – pentru a-și semnala supunerea – în prezența celor cu statut superior riscă să fie atacați. Statutul unui babuin în ierarhia socială – și, dincolo de asta, capacitatea lui de a se comporta conform propriului rang, oricare ar fi acesta – joacă un rol important în determinarea bunăstării lui fizice.[i]

Și babuinii cu statut inferior, și oamenii cu tulburare anxioasă socială apelează cu ușurință la comportamente docile. La fel ca animalele cu statut inferior, persoanele cu subtipul general de tulburare anxioasă socială tind să țină ochii în pământ, să evite contactul vizual, să roșească și să prezinte comportamente care indică supunerea, arătându-se dornici să le facă pe plac celor de pe aceeași treaptă socială și superiorilor și să cedeze în fața celorlalți

[i]) Este interesant că studii[33] recente au descoperit că maimuțele care par cele mai fericite și mai puțin stresate sunt ceea ce am putea numi masculi beta – maimuțe aproape de vârful ierarhiei care tind să fie relaxate și să aibă abilități sociale. Să fii masculul cu cel mai înalt statut social este mult mai sănătos și mai puțin stresant decât să fii masculul de pe ultima treaptă – dar să fii un mascul cu statut *superior* care nu e masculul *alfa* este și mai sănătos și mai puțin stresant, pentru că nu trebuie să-ți faci griji permanent din cauza unei lovituri de stat care amenință să te doboare.

pentru a evita conflictul. Pentru babuinii de rang inferior, acest comportament constituie o adaptare cu rol de protecție. Poate fi adaptativ și în cazul oamenilor – dar pentru persoanele cu fobie socială cel mai adesea este contrar propriilor interese.

Maimuțele cu statut inferior și oamenii cu fobie socială au de asemenea tendința de a prezenta devieri în privința procesării anumitor neurotransmițători. Studiile[34] au descoperit că maimuțele cu o funcționare serotoninergică mai bună (în esență, niveluri mai mari de serotonină la nivelul sinapselor) tind să fie mai dominante, mai prietenoase și mai predispuse decât cele cu niveluri normale de serotonină să construiască relații cu celelalte maimuțe. Spre deosebire de acestea, este mai probabil ca maimuțele cu niveluri neobișnuit de scăzute de serotonină să prezinte comportamente de evitare: sunt singure și evită interacțiunile sociale. Studii[35] recente asupra oamenilor au descoperit o alterare a funcției serotoninei în anumite arii cerebrale ale pacienților diagnosticați cu tulburare anxioasă socială. Aceste descoperiri contribuie la explicarea motivului pentru care inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei ca Prozac și Paxil pot fi eficienți în tratarea anxietății sociale.[36] (Studiile[37] au descoperit de asemenea că persoanele neanxioase și nedeprimate devin mai prietenoase dacă iau ISRS/SSRI-uri.)

S-a demonstrat că și dopamina este implicată în modelarea comportamentului social. Când maimuțele care au trăit singure sunt scoase din cușcă și mutate într-un grup, maimuțele care ajung în vârful ierarhiei sociale tind să aibă în creier niveluri mai mari de dopamină[38] – ceea ce este interesant în lumina studiilor care au descoperit că oamenii diagnosticați cu tulburare anxioasă socială tind să aibă niveluri de dopamină *sub* medie.[39] Unele studii au găsit corelații uimitoare între anxietatea socială și boala Parkinson, o afecțiune neurologică asociată cu un deficit de dopamină la nivel cerebral. Un studiu[40] din 2008 a descoperit că jumătate dintre pacienții cu Parkinson au avut scoruri suficient de mari la Scala Anxietății Sociale Liebowitz pentru a fi diagnosticați cu fobie socială. Mai multe studii[41] recente au

descoperit „o modificare a potențialului de legare a dopaminei" în creierul persoanelor cu anxietate socială.[i] Printre alții, Murray Stein[42] a emis ipoteza că ciudățenia și neîndemânarea interpersonală a persoanelor cu fobie socială sunt legate direct de probleme ale funcționării dopaminei; căile neuronale de „întărire/recompensă" ale dopaminei care contribuie la ghidarea comportamentului social corect al oamenilor sănătoși poate să funcționeze întru câtva deficitar la nivelul creierului persoanelor cu fobie socială.

Sora mea, care suferă de ani întregi de anxietate socială, este o susținătoare înfocată a acestei perspective. Fără să știe nimic despre neurobiologie, ea insistă de mult că creierul ei e „configurat greșit".

„Situațiile sociale prin care oamenii normali trec fără să se gândească îmi fac creierul să se închidă", spune ea. „Niciodată nu pot să mă gândesc la ce să spun."

Deși altfel creierul ei funcționează bine (este o desenatoare de succes, editor și autor de cărți pentru copii care a absolvit la Harvard), încă din liceu a luptat cu ceea ce ea numește „problema ei de vorbire". Nici zeci de ani de psihoterapie, nici zeci de combinații de medicamente nu au prea ameliorat asta. A fost evaluată pentru sindromul Asperger și alte tulburări din spectrul autist, dar nu îi lipsește empatia, așa cum se întâmplă în cazul pacienților cu Asperger.[ii]

---

[i]) Toate substanțele care sunt consumate în mod abuziv determină o creștere a nivelului de dopamină în ganglionii bazali – arie cerebrală în care nivelul de dopamină este scăzut la pacienții cu anxietate socială. Se poate ca un deficit cronic de dopamină să explice motivul pentru care este mai probabil ca persoanele cu fobie socială să fie mai afectate de dependențe decât ceilalalți oameni.

[ii]) Deși în unele privințe pacienții cu Asperger și persoanele cu fobie socială suferă de o problemă similară – dificultatea deconcertantă pentru ceilalți de a gestiona interacțiunile sociale –, ajung la ea mai mult sau mai puțin din direcții opuse: în timp ce pacientul cu sindrom Asperger nu reușește să-și imagineze ce se petrece în mintea celorlalți oameni, persoana cu fobie socială este *prea* bună la asta.

Asocierea dopaminei și serotoninei cu fobia socială nu dovedește că deficitele de neurotransmițători *cauzează* anxietate socială – aceste devieri ar putea fi *efectele* anxietății sociale, „cicatricile" neurochimice care apar când creierul este suprasolicitat pentru că trebuie să fie vigilent tot timpul, scanând neîncetat mediul pentru identificarea amenințărilor sociale. Însă diverse cercetări recente sugerează că eficiența cu care dopamina și serotonina trec prin sinapse este determinată genetic. Cercetătorii au descoperit că varianta genei care codifică proteina transportoare de serotonină (SERT) determină densitatea receptorilor de serotonină din neuroni, iar densitatea relativă a receptorilor contribuie la determinarea încadrării pe spectrul timiditate–extraversiune.[i][43]

Introducerea incertitudinii sociale într-un grup de babuini provoacă lucruri interesante în privința nivelului de anxietate. Babuinii de rang inferior sunt stresați tot timpul. Însă Robert Sapolsky a descoperit că, atunci când în grup intră un nou mascul, crește nivelul de glucocorticoizi al *tuturor* masculilor – nu doar al celor de rang inferior.[44] Odată cu introducerea de noi membri în ierarhia socială începe să fie neclar care sunt conduitele adecvate, cum ar fi cine trebuie să-i arate respect cui; au loc mai multe lupte și este agitație generală. Când noul babuin este asimilat în trib, scad nivelurile de stres și concentrația de glucocorticoizi, iar comportamentul social revine la normal.

Asta se întâmplă și la oameni. La sfârșitul anilor '90[45], Dirk Hellhammer, psihobiolog german, a clasat 63 de recruți dintr-o bază militară în funcție de poziția lor relativă în ierarhia socială (determinată prin observație antropologică) și apoi a evaluat săptămânal nivelurile de cortizol ale acestora. În perioadele stabile, recruții mai dominanți aveau niveluri mai mici de cortizol salivar decât cei subordonați – la fel ca în cazul babuinilor. Dar în perioadele de stres psihic și fizic indus în scopuri experimentale, au crescut nivelurile de cortizol ale tuturor soldaților – mult la subiecții dominanți și puțin la cei subordonați. Deși este întotdeauna

[i]) Voi discuta mai detaliat relația dintre gene și anxietate în capitolul 9.

stresant să fii un membru de rang inferior al tribului, perturbările ordinii sociale par să streseze pe toată lumea, chiar și pe membrii de rang înalt.[i]

> *Mulți dintre noi ne-am zbătut să ajungem la perfecțiune în încercarea de a controla propria lume. [...] Există în general un sentiment profund de a nu fi suficient de buni, de a fi deficitari și defecți într-un fel sau altul sau de a fi diferiți de ceilalți într-un mod care nu va fi acceptat. Asta determină un sentiment de rușine și o frică de înjosire și umilire dacă ne-am expune sinele adevărat în fața celorlalți.* — Janet Esposito, *In the Spotlight* (*În lumina reflectoarelor*) (2000)

De curând, când m-am uitat prin notele tratamentului cu dr. M. de acum aproape zece ani, am dat peste un document pe care l-am scris la cererea ei. Îmi ceruse să scriu care ar fi pentru mine

---

[i]) Una dintre caracteristicile modernității este incertitudinea cronică în privința statutului. Societățile de vânători-culegători aveau tendința de a nu fi prea stratificate social; în cea mai mare parte a istoriei, oamenii au trăit în grupuri relativ egalitariste. Astas-a schimbat în Evul Mediu. Cam din secolul al XII-lea până la Revoluția Americană, societatea a fost foarte stratificată – dar și, în mare, stabilă: oamenii nu treceau dintr-o castă feudală în alta. Prin opoziție, societatea modernă este și foarte stratificată (în multe țări există un grad înalt de inegalitate economică), și foarte fluidă. Ideea că oricine poate, cu noroc și curaj, să urce din sărăcie în clasa de mijloc sau din clasa de mijloc la o avere uriașă este parte integrantă din imaginea pe care o avem despre succes. Dar mobilitatea socială nu se desfășoară doar în sus. Spre deosebire de o societate cu pături socioeconomice mai stabile, există întotdeauna frica de prăbușire – frică amplificată în situații economice cum este cea de acum. Numeroasele forțe care apasă pe umerii muncitorului american – distrugerea creativă a capitalismului bazat pe piața liberă; afectarea de către tehnologie a forței de muncă; schimbările și relațiile incerte dintre sexe și confuzia care apare astfel în privința rolurilor de gen – se combină și produc o incertitudine constantă. Este normal ca oamenii să se îngrijoreze: *Sunt depășit de alți oameni care au o competență profesională mai mare? O să-mi pierd slujba și nu o să mai fac parte din clasa de mijloc?* Există voci care susțin că această incertitudine cronică ne reconfigurează fizic creierul și ne face mai anxioși.

cel-mai-rău-scenariu-posibil în cazul unei situații catastrofale de vorbit în public. Ideea de la baza acestui tip de exercițiu este să-ți imaginezi întru totul cel mai rău lucru care se poate întâmpla (eșec total, umilire deplină) și apoi, odată ce te-ai gândit bine la asta, să ajungi la concluzia că, în primul rând, e improbabil să se întâmple cel-mai-rău-scenariu și, în al doilea rând, chiar dacă s-ar întâmpla, poate că nu ar fi atât de catastrofal. Faptul de a ajunge la această concluzie și de a o asimila intelectual și afectiv ar trebui să scadă miza performanței și, astfel, să reducă nivelul de anxietate.

Cel puțin așa e în teorie. Dar când am ajuns la întâlnirea de la amiaza unei zile de joi, după ce-i trimisesem prin e-mail cel-mai-rău-scenariu-posibil de vorbit în public pe care mi-l imaginasem (umilire și colaps fizic, urmate de șomaj, divorț și ostracizare socială), dr. M. arăta îndurerată.

— Ce ai scris, a spus ea, e cel mai negativ lucru pe care l-am citit vreodată.

Mi-a spus că fusese îngrozită de ce scrisesem și că s-a simțit obligată să-i arate relatarea mea supervizorului ei, mai experimentat, și să-i ceară opinia. Mă privea cu empatie, îngrijorare și, presupun, destul de alarmată, și bănuiam că-și pusese întrebarea dacă nu cumva sunt grav deprimat și poate psihotic.

Poate că am o imaginație hiperactivă; poate că sunt excesiv de pesimist. Dar știu acum că negativitatea și neîncrederea în sine – alături de dorința disperată de a masca această neîncredere – sunt trăsături de manual ale persoanei cu fobie socială. În aproape toate cărțile despre acest subiect, și științifice, și de popularizare, există observația că tulburarea anxioasă socială este asociată cu sentimente de inferioritate și o sensibilitate extremă la orice tip de critică sau evaluare negativă.[i]

---

[i]) Nici măcar, sau poate în special, psihoterapeuții nu sunt imuni. Fiindcă au senzația că pacienții și ceilalți oameni se așteaptă ca ei să-și controleze emoțiile, presiunea pe care psihoterapeuții o pun pe ei înșiși de a nu părea anxioși sau agitați poate fi enormă – și îi poate face într-un mod pervers să se simtă și mai anxioși și mai lipsiți de control. Am pe un raft câteva cărți scrise de terapeuți care s-au simțit uneori handicapați și umiliți de propria

Într-o zi, pe când îi explicam cât de mari erau mizele pe care le atribuiam unui eveniment public ce urma să aibă loc în curând și cât de important era – credeam eu – să-mi păstrez masca de eficiență și să-mi ascund senzația de impostură și slăbiciune, dr. W. mi-a zis:

— Doamne, îți dai seama cât de mult contribuie la anxietate sentimentul tău de rușine?

Și dr. M., și dr. W. – ca să nu mai zic de Epictet – ar spune că cel mai bun leac pentru acest tip de anxietate socială este diminuarea puterii pe care o are rușinea. Expunerea stânjenitoare la care m-a supus dr. M. avea scopul de a mă familiariza întru câtva cu sentimentul de rușine.

Vorbind despre anxietatea mea, dr. W. spune:

— Haide, las-o să se vadă. O să fii surprins cum o să reacționeze oamenii. Nu-ți mai bate atât de tare capul cu ce-o să gândească oamenii, spune el, repetând sfatul a sute de cărți de *self-help*.

Dacă ar fi atât de simplu.

Ziua în care n-o să fiu neliniștit o să fie ziua în care renunț. Pentru mine, agitația e minunată. Înseamnă că îți pasă, iar mie îmi pasă ce fac.

— Tiger Woods, la o conferință de presă înaintea campionatului WGC-Accenture din 2009

Nu dau doi bani pe ce spui. Dacă intru pe teren și ratez, câștigătorii și oamenii o să spună „Kobe a greșit" sau „Kobe e varză când e sub presiune". Păi, du-te dracu'. Fiindcă nu joc pentru căcatul tău de aprobare. Joc

---

anxietate. *The Anxiety Expert: A Psychiatrist's Story of Panic* (*Expertul în anxietate: povestea panicii unui psihiatru*) (2004) a fost scrisă de Marjorie Raskin, psihiatră specializată în anxietate, torturată de atacuri de panică provocate de vorbitul în public. A făcut mari eforturi să-și ascundă anxietatea și, ca mine, s-a autotratat masiv cu benzodiazepine. *Painfully Shy: How to Overcome Social Anxiety and Reclaim your Life* (*Timiditate dureroasă: cum să-ți depășești anxietatea socială și să recâștigi controlul asupra propriei vieți*) (2001) a avut-o drept coautoare pe Barbara Markway, psiholog care recunoaște că, de fapt, nici ea însăși nu a reușit întru totul „să-și depășească anxietatea socială și să recâștige controlul asupra propriei vieți".

pentru că-mi place jocul și-l iubesc. Și ca să câștig. Pentru asta joc. Cea mai mare parte a timpului, când oamenii sunt sub presiune își fac griji despre ce o să spună ceilalți despre ei. Eu nu am frica asta și ăsta e motivul pentru care pot să uit meciurile proaste și să arunc la coș și să joc.

— Kobe Bryant, într-un interviu acordat după al treilea meci din semifinala NBA Western Conference 2012

Într-o zi, când eram în clasa a șaptea, am fost copleșit de anxietate când jucam un meci de tenis cu colegul meu Paul. Mă balonasem. Râgâiam incontrolabil. Înainte să înceapă meciul, cel mai important lucru era să câștig. Dar apoi, pe la mijlocul meciului, a început să mă doară stomacul și mi-era frică să nu vomit, așa că cel mai important lucru era să ies cât mai repede de pe teren. Iar cel mai rapid mod să fac asta era să pierd. Așa că am ratat. Am dat mingea în plasă. Am servit greșit. Am pierdut cu 6–1, 6–0 și, în timp ce strângeam mâna și ieșeam de pe teren, primul lucru pe care l-am simțit a fost ușurare. Stomacul mi s-a liniștit. Anxietatea a cedat.

Și următorul lucru pe care l-am simțit a fost ura de sine. Pentru că am pierdut în fața supraponderalului și onctuosului Paul, care apoi se fâțâia mândru, lăudându-se că m-a bătut rău. Mizele erau mici: un meci pentru clasificarea în pozițiile de la baza clasamentului din școala generală. Dar mie mi se păreau de o importanță existențială. Pierdusem în fața lui Paul, care nu era un jucător prea bun – abilitățile lui, viteza lui, condiția lui fizică erau evident sub ale mele –, iar rezultatul era acolo, pe tabela de marcaj și în clasamentul de pe peretele vestiarului și în înfățișarea țanțoșă a lui Paul, în văzul tuturor: el câștigase, deci îmi era superior. Eu pierdusem; așadar, prin definiție, eram un ratat.

Acest lucru – să pierd intenționat meciuri pentru a scăpa de anxietatea mea intolerabilă – s-a întâmplat de zeci de ori de-a lungul carierei mele sportive din timpul școlii. Nu toate meciurile au fost atât de groaznice precum cel împotriva lui Paul (al cărui nume, apropo, l-am schimbat aici) – s-a întâmplat frecvent să pierd meciuri împotriva unor jucători care probabil m-ar fi bătut

și dacă nu m-ar fi doborât anxietatea –, dar unele au fost. Antrenorii mei erau nedumeriți. Se întrebau cum de păream atât de abil la antrenament și totuși câștigam atât de rar un meci important.

Excepția s-a întâmplat în clasa a zecea, când am jucat pentru echipa de juniori de squash și am fost neînfrânt: 17–0 sau cam așa. Cum se explica asta?

Valium.

Meciurile de squash, chiar și antrenamentele, mă făceau să mă simt atât de rău, încât psihiatrul de copii la care mă duceam atunci, dr. L., mi-a prescris o doză mică din această benzodiazepină. În fiecare zi cât a durat turneul de squash din acel an am luat pastila pe furiș, odată cu sandvișul cu unt de arahide de la prânz. Și nu am pierdut nici un meci. Continuam să fiu nefericit în timpul turneelor de squash: agorafobia și anxietatea mea de separare mă făceau să urăsc deplasarea la meciuri, iar anxietatea generată de competiții încă mă făcea să urăsc jocul. Dar Valiumul mi-a calmat suficient agitația fizică și am putut să mă concentrez, încercând să joc bine în loc să ies cât mai repede de pe teren. Nu mă mai simțeam obligat să pierd meciurile intenționat. Medicamentele m-au adus într-o zonă de performanță în care anxietatea era benefică.

În 1908, doi psihologi, Robert M. Yerkes și John Dillingham Dodson, au publicat în *The Journal of Comparative Neurology and Psychology* un articol[46] care demonstra că animalele antrenate să îndeplinească o sarcină o realizau mai bine dacă anterior li se provoca o „anxietate moderată". Asta a dus la ceea ce a devenit cunoscut ca legea Yerkes–Dodson, ale cărei principii au fost demonstrate experimental deopotrivă la animale și la oameni de multe ori de atunci încolo. Seamănă întru câtva cu principiul Goldilocks: dacă ai un nivel prea redus de anxietate nu ajungi la maximum de performanță, indiferent dacă e vorba de un test sau de un meci de squash; dacă ai un nivel prea ridicat de anxietate nu vei ajunge să fii performant; dar dacă ai un nivel potrivit de anxietate – suficient pentru a te stimula fiziologic și a-ți concentra intens atenția asupra sarcinii, dar nu într-atât încât să fii distras de cât de agitat

ești – este mult mai probabil să ai o performanță de vârf. Evident, pentru mine era nevoie de o mică doză de Valium ca să ajung de la partea prea anxioasă a spectrului la partea de performanță optimă.[i]

*
* *

Aș vrea să pot spune că anxietatea de competiție nu a fost decât o fază a adolescenței. Dar acum aproximativ zece ani jucam în finala unui turneu de squash împotriva prietenului meu Jay, un medic tânăr și plăcut. Era seara campionatului la clubul de squash și veniseră câteva zeci de spectatori. Nu eram decât doi jucători puțin-peste-medie; miza nu era absolut deloc importantă (nu era vorba de bani și nici de cine știe ce trofeu).

În acest turneu învingător era cel care câștiga trei din cinci seturi; aveai nevoie de nouă puncte ca să câștigi un meci. Încrezător, am preluat rapid conducerea în primul set, dar l-am pierdut. Am câștigat al doilea set; Jay l-a câștigat pe al treilea. Cu spatele la zid, l-am câștigat pe al patrulea, iar Jay era vizibil descurajat. Vedeam că era obosit – mai obosit decât mine. În al cincilea set, cel decisiv, am preluat conducerea și am ajuns la 7–3, la două puncte de victorie. Jay părea înfrânt. Victoria urma să fie a mea.

---

[i]) Au fost și atleți de elită în această situație. Reno Bertoia, pentru a nu menționa decât unul, era un tânăr jucător de baseball de la Detroit Tigers care părea odinioară să aibă un viitor strălucit în liga majoră – până când, în 1957, a ajuns să fie atât de copleșit de anxietate încât, după cum a observat antrenorul Tigers, „nu putea să lovească mingea și uneori rata lovituri care ar fi trebuit să fie simple“[47]. Cu cât Bertoia era mai agitat, cu atât juca mai prost; cu cât juca mai prost, cu atât era mai agitat – un cerc vicios standard de anxietate din ce în ce mai intensă și performanță din ce în ce mai slabă. Curând, jocul său s-a deteriorat atât de mult, încât conducerea Tigers era pe cale să-l scoată din echipă. Disperat și nefericit, Bertoia a început să ia Miltown, un tranchilizant timpuriu, pre-Valium. Transformarea a fost uimitoare. Bertoia „nu s-a mai reținut“, a spus antrenorul. „Acum este un alt om pe bancă – vorbește și glumește – și e mult mai relaxat.“ Și pe teren a început „să lovească mingea într-un mod spectaculos“. Scorul loviturilor lui reușite a crescut cu 100 de puncte.

Doar că n-a fost.

Perspectiva victoriei iminente mi-a provocat o explozie de anxietate. Mi s-a uscat gura. Mâinile și picioarele mi-au devenit imposibil de grele. Și, cel mai grav, stomacul m-a trădat. Copleșit de greață și panică, am lovit slab, disperat. Jay, cu câteva clipe în urmă dezolat și resemnat să piardă, și-a revenit. Îi oferisem o rază de speranță. A început să-și intre în mână. Anxietatea mea s-a amplificat și dintr-odată era ca și cum aș fi fost din nou în clasa a șaptea, într-un meci de tenis împotriva lui Paul: nu voiam decât să ies de pe teren. M-am ofilit sub privirea tuturor. Intenționat, am început să pierd.

Jay a profitat de ocazie, s-a întors ca Lazăr din mormânt, și m-a învins. Am încercat după aceea să fiu demn în înfrângere, dar când, inevitabil, toată lumea a început să comenteze despre cât de dramatic ratasem victoria, am pus colapsul meu pe seama durerilor de spate. Chiar mă durea spatele – dar nu din cauza asta pierdusem. Avusesem trofeul în mână, dar l-am lăsat să-mi scape pentru că eram prea anxios ca să concurez.

M-am blocat.

Aproape cel mai rău lucru care se poate spune despre un atlet – în anumite privințe, mai rău decât că a trișat – este că s-a blocat: să te blochezi înseamnă să nu faci față presiunii, să nu reușești să obții rezultate în cel mai important moment. (O definiție tehnică, formulată de Sian Beilock, psiholog cognitiv de la Universitatea din Chicago, specializat în această temă, este „performanță suboptimă – performanță sub nivelul rezultatelor anterioare și al capacităților demonstrate anterior". Rădăcina etimologică a cuvântului „anxios" – *anx* – provine din latinescul *angere*, care înseamnă „a te bloca"; cuvântul latinesc se referea probabil la senzația de apăsare în piept resimțită în timpul unui atac de panică. A te bloca, în contextul atletismului sau al oricărui alt tip de performanță, implică absența curajului, reprezentând o slăbiciune a caracterului. Cea mai comună explicație a blocării la un eveniment sportiv este, în discursul comentatorilor, „agitația". Cu alte cuvinte, blocarea este provocată de anxietate – iar în arena de sport, precum

și pe câmpul de luptă sau la locul de muncă, anxietatea este un semn *ipso facto* de slăbiciune.

De la colapsul meu din acel an în care am jucat în finala de la club am aflat care sunt efectele benefice ale meditației înaintea meciurilor și mă pricep mai bine la dozarea medicației profilactice și anxiolitice. De asemenea, soția mea a născut doi copii, ceea ce a adus o nouă perspectivă asupra lipsei de semnificație existențială a unui eveniment sportiv recreațional. Și totuși problema persistă.

Nu demult m-am găsit în semifinala unui alt campionat de squash.

— De ce participi la aceste campionate, dacă te fac să te simți atât de rău? m-a întrebat dr. W. cu câțiva ani înainte. Dacă nu poți să înveți să te bucuri de ele, nu te mai tortura participând!

Așa că m-am oprit o vreme. Iar când m-am reapucat, am făcut-o cu o absență conștientă a investiției afective. *Fac asta doar pentru exercițiu*, îmi spun. *Pot să mă bucur de competiție fără să devin anxios și să mă simt rău din cauza rezultatului.* Și chiar așa procedez în primele runde. Sigur, sunt momente tensionate; câteodată mă simt presat, ceea ce mă obosește și scade calitatea jocului meu. Dar asta e normal, face parte din vicisitudinile competiției; nu mă debilitează. Și câștig în continuare.

Așa că atunci când intru pe teren îmi spun *Tot nu îmi pasă*. Nu se uită decât cinci oameni. Pierd la mustață primul set. Dar e bine. *Nu e mare lucru. Nu-mi pasă. Adversarul meu e bun.* Ar trebui *să pierd setul ăsta. Fără așteptări, fără presiune.*

Dar câștig setul următor. *Stai așa*, mă gândesc. *Joc bine setul ăsta. Pot să-l câștig.* În momentul în care apare impulsul meu competitiv simt cum revine greutatea pe care o cunosc și cum mă balonez.

Haide, Scott, îmi spun. *Distrează-te. Cui îi pasă cine câștigă?*

Încerc să mă relaxez, dar devine din ce în ce mai greu să respir. Transpir abundent. Și se răspândește vestea că meciul e strâns și în jurul terenului încep să se adune mai mulți spectatori.

Încerc să încetinesc totul – respirația mea, ritmul jocului. Pe măsură ce anxietatea se amplifică se deteriorează calitatea jocului

meu. Dar, cel puțin pentru moment, încă mă concentrez să joc bine, să încerc să câștig. Spre propria uimire, strategia mea de încetinire funcționează. Reușesc să revin și câștig al treilea set. Încă unul și joc în finală.

Moment în care descopăr că anxietatea mă vlăguiește atât de tare, încât nu mai pot să joc. Adversarul câștigă rapid următorul set și scorul devine 2–2. Cine câștigă următorul set joacă în finală.

Mă folosesc de pauza de două minute dintre seturi să mă retrag la toaletă și să încerc să-mi revin. Sunt palid și tremur – și mi-e greață, lucrul cel mai groaznic pentru mine. Când intru din nou pe teren, antrenorul mă întreabă dacă sunt bine. (E evident că nu arăt bine.) Mormăi că da. Începe al cincilea set și nu-mi mai pasă deloc dacă câștig; la fel ca în meciul de acum 30 de ani împotriva lui Paul, nu vreau decât să ies din teren fără să vomit. Încă o dată încerc să pierd cât se poate de repede: nu mai fug după minge; ratez lovituri intenționat. Adversarul meu nu înțelege. După ce nu reușesc o lovitură ușoară, se întoarce spre mine și mă întreabă dacă sunt bine. La limita puterilor, încuviințez din cap.

Dar nu sunt bine. Sunt îngrozit că nu o să reușesc să pierd suficiente puncte îndeajuns de repede ca să ies de pe teren înainte să vomit și să fiu umilit. În clasa a șaptea cel puțin am fost în stare să rămân pe teren până la finalul meciului cu Paul; dar acum, cu atât de mulți ochi fixați pe mine și cu gâtul încleștat, nu pot să fac nici măcar asta. Curând, când încă mai erau multe puncte până la finalul meciului, ridic mâna în semn de înfrângere.

— Renunț, îi spun adversarului. Mi-e rău.

Și, înfrânt, ies în fugă de pe teren.

Nu numai că am pierdut. Am renunțat. Rupt ca un scaun pliant ieftin. Mă simt stors și jalnic.

Prietenii din public murmură spre mine cuvinte de consolare.

— Ne-am dat seama că nu te simți bine, spun ei. Ceva nu era în regulă.

Dau din mână spre ei (mormăi că „A fost stricat peștele de la prânz") și mă retrag în vestiar. La fel ca întotdeauna, odată ce am ieșit din competiție și de sub ochii publicului, anxietatea se micșorează.

Dar am pierdut din nou în fața unui adversar pe care aș fi putut să-l bat. Adevărul e că nu-mi pasă dacă pierd. Ce mă deranjează este că, încă o dată, am fost învins de anxietate, că m-a redus la o bucată de jeleu tremurător și m-a expus la ceva ce simt că e un moment public de stânjeneală.

Știu: realitatea e că nimănui nu-i pasă. Ceea ce mă face cumva să mă simt și mai jalnic.

Niciodată în cariera mea nu am simțit ceva asemănător. Nu aveam nici un fel de control. Și nu puteam să înțeleg. — Greg Norman pentru *Golf Magazine* despre momentul în care a ratat în turneul Masters din 1996

Este lungă lista atleților de elită care s-au blocat spectaculos sau care au dezvoltat o anxietate de performanță bizară și debilitantă.

Greg Norman, jucătorul australian de golf, a eșuat la turneul Masters din 1996 ratând din cauza neliniștii ultimele câteva lovituri, deși avea un avans care părea să-i asigure victoria; a ajuns să plângă în brațele omului care l-a învins, Nick Faldo. Jana Novotna, campioana cehă de tenis, mai avea nevoie de cinci puncte ca să câștige la Wimbledon în 1993, dar a cedat sub presiune și, deși avea un avantaj semnificativ, a pierdut în fața lui Steffi Graf; a ajuns să plângă în brațele Ducesei de Kent. La 25 noiembrie 1980, Roberto Durán, pe atunci campionul nedisputat de box la categoria semimijlocie, l-a înfruntat pe Sugar Ray Leonard într-una dintre cele mai faimoase lupte din toate timpurile. Cu 16 secunde înainte de finalul rundei opt – și cu milioane de dolari în joc –, Durán s-a întors spre arbitru, și-a ridicat mâinile în semn de abandon și a spus „*No más, no más* [Gata, gata]. Gata cu boxul". Mai târziu a zis că l-a durut stomacul. Până în acel moment, Durán era perceput ca invincibil, întruchiparea macismului latino. De atunci a trăit în dizgrație – considerat unul dintre cei mai mari fricoși și lași din istoria sportului.

Toate astea sunt blocaje clasice – prăbușiri mentale și fizice în momente izolate de anxietate intensă. Mai curios este cazul atleților

profesioniști care, într-o crâncenă manifestare publică a anxietății de performanță, ajung într-un fel de blocaj cronic. La mijlocul anilor '90, Nick Anderson era aruncător la echipa de baschet Orlando Magic. A intrat în finala NBA din 1995 ca atacant bun, reușind de-a lungul carierei să înscrie aproximativ 70% din loviturile de pedeapsă. Dar în primul meci din campionatul din acel an când a jucat împotriva Houston Rockets, Anderson a avut patru ocazii consecutive de a asigura victoria pentru Orlando cu o lovitură de pedeapsă în ultimele secunde ale meciului: tot ce trebuia să facă era să reușească o aruncare.

Le-a ratat pe toate patru. Magic a pierdut meciul în prelungiri și apoi a ieșit din grupă când nu a reușit să câștige patru meciuri din șapte. După aceea, procentul de aruncări reușite al lui Anderson s-a prăbușit; în restul carierei sale a fost un dezastru la linia de aruncări libere. Asta l-a făcut să joace mai puțin agresiv în atac, pentru că se temea să nu fie faultat și să trebuiască să arunce la coș. Aruncările libere din campionat, își amintea Anderson mai târziu, erau „ca un cântec care-mi intrase în cap și se repeta la nesfârșit"[48]. A fost forțat să se retragă.

În 1999, jucătorul de baseball Chuck Knoblauch și-a pierdut capacitatea de a arunca mingea de la baza a doua la baza întâi. Asta nu ar fi fost o problemă dacă nu s-ar fi întâmplat ca atunci el să fie jucătorul de la baza a doua al echipei New York Yankees. Knoblauch nu suferise vreo lovitură fizică în urma căreia să nu mai fi putut arunca – la antrenament putea să arunce foarte bine. Totuși, în timpul meciurilor, când îl priveau 40.000 de fani pe stadion și milioane la televizor, a aruncat de mai multe ori dincolo de bază și a trimis mingea în tribună.

20 de ani mai târziu, la doar un an după ce a fost numit cel mai bun jucător care intrase în acel sezon într-o echipă de seniori din Liga Națională, Steve Sax, care juca la baza a doua la Los Angeles Dodgers, a dezvoltat aceeași afecțiune ca Knoblauch. Totuși, la antrenamente nu avea nici o problemă, reușind chiar să arunce legat la ochi în încercarea de a se dezvăța.

Cel mai scandalos este cazul lui Steve Blass, unul dintre cei mai buni jucători de baseball și aruncător la Pittsburgh Pirates, care,

în iunie 1973, după reușite care l-au făcut poate cel mai bun aruncător, a fost dintr-odată incapabil să mai arunce mingea. La antrenamente putea să arunce la fel de bine ca întotdeauna. După ce a încercat fără rezultate psihoterapie, meditație, hipnoză și tot felul de leacuri bășești (inclusiv să poarte lenjerie largă), s-a retras.

Chiar și mai ciudate sunt exemple ca Mike Ivie și Mackey Sasser, jucători de baseball pe poziția de *catcher* la San Diego Padres, respectiv New York Mets. Amândoi au avut o fobie atât de intensă de aruncarea mingii înapoi către *pitcher* – un lucru pe care juniorii îl fac fără probleme –, încât au trebuit să se retragă. (Pe jumătate în glumă, psihiatrul sportiv Allan Lans a introdus termenul „fobia aruncării mingii"[49], pentru a descrie această afecțiune.)

Teoria blocării determinate de monitorizarea explicită[50], derivată din descoperiri recente din psihologia cognitivă și neuroștiințe, susține că performanța scade dacă atleții se concentrează prea mult asupra ei. Să te gândești prea mult la ce faci de fapt afectează performanța. Asta nu pare să se potrivească cu banalitățile obișnuite despre cum calitatea performanței ține de intensitatea concentrării. Ceea ce pare însă să conteze este tipul de atenție pe care o investești. Sian Beilock, care studiază psihologia blocării la laboratorul ei de la Universitatea din Chicago, spune că faptul de a-ți face griji în mod activ că s-ar putea să ratezi face să fie mai probabil să ratezi. Pentru a ajunge la o performanță optimă – ceea ce unii psihologi numesc stare de flux –, unele părți ale creierului tău trebuie să fie pe pilot automat, nu să gândească activ (sau să „monitorizeze explicit") ce faci. Conform acestei logici, motivul pentru care „fobia de aruncare a mingii" a lui Ivie și Sasser a ajuns atât de gravă este că se gândeau prea mult la ceva ce ar fi trebuit să fie acțiunea mecanică, negândită de a arunca mingea înapoi la *pitcher*. (*Țin mingea ca lumea? Continui mișcarea cu poziția potrivită a mâinii? Arăt ciudat? O să ratez din nou? Ce e în neregulă cu mine?*) Beilock a descoperit că poate să îmbunătățească semnificativ performanța atleților (cel puțin în situații experimentale) dacă îi face să se concentreze la altceva decât la mecanica loviturii sau aruncării[51]; faptul de a spune în gând o poezie sau de a cânta

un cântec, distrăgându-le atenția *conștientă* de la sarcina fizică, poate determina o îmbunătățire rapidă a performanței.

Dar în general oamenii anxioși nu pot să nu-și facă griji tot timpul, despre orice, în tot felul de moduri greșite. *Dacă așa? Dacă pe dincolo? Fac bine? Arăt stupid? Dacă mă fac de râs? Dacă iar trimit mingea în tribună? Mă înroșesc vizibil? Văd ceilalți că tremur? Aud ei că-mi tremură vocea? O să-mi pierd slujba sau o să fiu retrogradat în liga minoră?*

Dacă ai scana creierul atleților înainte sau în timp ce se blochează, spune psihologul sportiv Bradley Hatfield, ai vedea un „ambuteiaj"[52] neuronal de îngrijorare și automonitorizare. Pe de altă parte, scanările cerebrale ale sportivilor care nu se blochează – cei ca Tom Bradys și Peyton Manning[a], cărora presiunea nu le afectează deloc grația – dezvăluie o activitate neuronală „eficientă și fluidă", care folosește doar ariile cerebrale implicate în eficiența sarcinii.

Într-un fel, anxietatea manifestată de toți acești atleți care s-au blocat este o versiune a problemei înroșirii: se fac de râs în public din cauza fricii de a nu se face de râs în public. Anxietatea provoacă tocmai lucrurile de care le este cel mai frică. Cu cât te simți mai expus – cu cât ești mai susceptibil la rușine –, cu atât vei fi mai puțin eficient.

Dacă ești bărbat, respectul de sine nu-ți va permite să recunoști că ai o nevroză de angoasă sau să arăți că ți-e frică.

— Afișe lipite în bazele militare ale aliaților din Malta în al Doilea Război Mondial

În 1830, când col. R. Taylor, consulul britanic la Bagdad, explora situl arheologic al unui palat asirian antic, a descoperit o prismă de argilă cu șase fețe inscripționate cu litere cuneiforme. Prisma Taylor, care se află astăzi la Muzeul Britanic, spune povestea campaniilor militare ale regelui Sanherib, conducătorul Asiriei în

[a]) Jucători de fotbal american (n. tr.).

secolul al VIII-lea î.Cr. Este foarte valoroasă pentru istorici și teologi, deoarece oferă relatări contemporane ale unor evenimente descrise în Vechiul Testament. Pentru mine, totuși, pasajul cel mai interesant este cel care descrie lupta Asiriei cu doi regi tineri din Elam (pe o hartă modernă, din sud-vestul Iranului).

„Ca să-și salveze viața au călcat peste cadavrele soldaților lor și au fugit", scrie pe prismă, relatând ce s-a întâmplat când au fost împresurați de armata lui Sanherib. „Ca puii de pasăre când sunt prinși, și-au pierdut curajul. Cu urină și-au pângărit carele de război și au lăsat scârna să le cadă."

Aici, într-una dintre cele mai timpurii relatări descoperite vreodată, apare condamnarea slăbiciunii de intestine și de caracter a războinicului anxios.

Multe figuri de stil din sport despre eroism, curaj și „rezistență la presiune" se aplică și în cazul războiului. Dar mizele unei performanțe sportive pălesc în fața faptelor războinice, unde diferența dintre succes și eșec este adesea diferența dintre viață și moarte.

Societatea le acordă cel mai mare respect soldaților (și atleților) care se arată rezistenți la presiune – și îi ponegrește aspru pe cei ce șovăie. Anxioșii sunt instabili și slabi; curajoșii sunt impasibili și puternici. Lașii sunt conduși de propriile frici; eroii nu sunt tulburați de ele. În *Istorii*, Herodot povestește despre Aristodemos, un războinic spartan de elită pe care „l-a lăsat curajul" în bătălia de la Termopile din 480 î.Cr.; a rămas în ariergardă și nu a intrat în luptă. De atunci înainte, Aristodemos a devenit cunoscut drept „Cel care tremură de frică" și „când s-a văzut copleșit de rușine s-a spânzurat"[53].

Armatele au făcut întotdeauna eforturi considerabile să-i deprindă pe soldați cu anxietatea.[54] Vikingii foloseau stimulente obținute din urină de cerb, care le ofereau rezistență chimică la frică. Comandații britanici le dădeau soldaților rom; armata rusă folosea vodcă (și valeriană, un tranchilizant ușor).[55] Pentagonul a căutat modalități farmacologice de a anula răspunsul de tip luptă-sau-fugă în încercarea de a elimina frica de pe câmpul de luptă. Cercetătorii de la Universitatea Johns Hopkins au creat recent un

sistem care le poate permite comandanților să monitorizeze în timp real nivelul de stres al soldaților prin evaluarea nivelului de hidrocortizon – ideea fiind că, dacă hormonii de stres ai unui soldat depășesc un anumit nivel, acesta trebuie scos din luptă.[56]

Militarii au motive întemeiate să denigreze comportamentul temător: anxietatea poate fi devastatoare pentru soldat și pentru armata în care luptă. *Cronica anglo-saxonă*[57] relatează lupta din 1003 între Anglia și Danemarca, în care lui Ælfric, comandantul englez, i s-a făcut atât de frică, încât a început să vomite și nu a mai putut să-și comande oamenii, care au sfârșit măcelăriți de danezi.

Anxietatea se poate răspândi prin contagiune, drept pentru care armatele încearcă din răsputeri să o limiteze. În timpul Războiului Civil, armata Uniunii îi tatua sau îi ardea cu fierul roșu pe soldații găsiți vinovați de lașitate. În Primul Război Mondial, orice soldat britanic care dezvolta o nevroză ca urmare a traumelor de război era declarat „în cel mai bun caz o ființă umană inferioară din punctul de vedere al constituției, în cel mai rău caz un prefăcut și un laș"[58]. Medicii care publicau în acea perioadă îi declarau pe soldații anxioși „invalizi moral". (Unii medici progresiști – inclusiv W.H.R. Rivers, care l-a tratat, printre alții, pe poetul Siegfried Sassoon – susțineau că nevroza de luptă era o afecțiune medicală care-i putea afecta până și pe soldații cu fond moral solid, dar astfel de medici erau în minoritate.) Un articol[59] din 1914 din *The American Review of Reviews* susținea că „panica poate fi controlată dacă ofițerii deschid focul asupra propriilor soldați". Până la al Doilea Război Mondial, armata britanică pedepsea dezertorii cu moartea.

Al Doilea Război Mondial a fost primul conflict în care psihiatrii au jucat un rol semnificativ, deopotrivă ca evaluatori ai soldaților înainte de luptă și ca vindecători ai rănilor lor psihice ulterioare. Peste un milion de soldați americani au fost internați în spital pentru tratament psihiatric din cauza faptului că erau „speriați de bombe". Dar unii ofițeri superiori își făceau griji despre ce însemna acest tratament mai uman pentru eficiența în luptă. George Marshall, generalul armatei americane care a ajuns mai

apoi secretar de stat, se lamenta că soldații care în primele linii ar fi considerați lași și prefăcuți erau văzuți de psihiatri ca pacienți. „Atitudinea profesională hipergrijulie"[60], se plângea Marshall, va duce la o armată de lași răsfățați. Generalii britanici susțineau în reviste medicale respectabile că oamenii care se panichează în timpul luptei ar trebui sterilizați „pentru că numai o astfel de măsură ar împiedica bărbații să arate că le e frică și să-și transmită slăbiciunea mentală unei alte generații"[61]. Ofițerii superiori de pe ambele părți ale Atlanticului susțineau că soldaților diagnosticați cu „nevroză de război" nu trebuie să li se permită să otrăvească baza genetică cu lașitatea lor. „A venit timpul ca țara noastră să nu mai fie slabă", declara un colonel britanic, „și să-și abandoneze programul de râzgâială a celor care nu-s buni de nimic"[62]. În ceea ce-l privește, generalul american George Patton a negat că ar exista nevroză de război.[63] Prefera sintagma „epuizare provocată de luptă" și spunea că nu era decât o „problemă de voință". Pentru a împiedica răspândirea epuizării provocate de luptă, Patton i-a propus comandantului general Dwight Eisenhower ca aceasta să fie pedepsită cu moartea. (Eisenhower a refuzat implementarea acestei sugestii.)

Armatele moderne încă nu știu ce să facă în privința soldaților doborâți de propriii nervi zdruncinați de luptă. În timpul războiului din Irak, *The New York Times* a relatat despre un soldat american care a fost destituit din cauza lașității.[64] Soldatul a contestat destituirea, susținând că ar fi trebuit să fie lăsat la vatră. Nu era un laș, a spus el, ci un pacient care suferea de o boală psihiatrică: din cauza stresului luptei făcuse o tulburare de panică, iar aceasta îi provoca atacuri debilitante de anxietate. Avocații lui au susținut că era bolnav, nu laș. În acest caz, armata a refuzat inițial să recunoască diferența – deși oficialii militari au renunțat mai târziu la acuzația de lașitate și au menținut doar delictul mai puțin grav de părăsire a postului.

De-a lungul istoriei au existat întotdeauna soldați anxioși, bărbați pe care, în momente cruciale, i-au lăsat nervii și pe care corpul i-a trădat. În 1862, după prima lui experiență de luptă, William

Henry, un tânăr soldat unionist din Sixty-Eighth Pennsylvania Volunteers, a suferit de dureri oribile de burtă și de diaree. Evaluat de medici ca altfel având o bună stare fizică, Henry a fost prima persoană diagnosticată oficial cu „inimă de soldat", sindrom provocat de stresul luptei.[i65] Studiile asupra „procentelor de murdărire a pantalonilor"[66] în cadrul soldaților americani din al Doilea Război Mondial au descoperit că un procent constant de 5-6% dintre combatanți pierdeau controlul propriilor intestine, în unele divizii procentul fiind de peste 20%. Înainte să aterizeze la Iwo Jima în iunie 1945, trupele americane sufereau de diaree nestăvilită; unii soldați s-au folosit de asta ca scuză pentru a evita lupta. Un studiu[67] din 1944 asupra unei divizii americane de luptă din Franța a dezvăluit că în timpul luptei peste jumătate dintre soldați aveau transpirații reci, se simțeau slăbiți sau își pierdeau controlul intestinelor. Un alt studiu[68] asupra infanteriștilor din al Doilea Război Mondial a descoperit că doar 7% au susținut că nu au simțit niciodată frică – în timp ce 75% au spus că le tremurau mâinile, 85% că le transpirau palmele, 12% că și-au pierdut controlul intestinelor și 15% că și-au pierdut controlul vezicii. (Când a auzit că un sfert dintre respondenți au recunoscut că și-au pierdut controlul vezicii în timpul luptei, un colonel a zis: „La dracu', [...] asta nu înseamnă decât că trei din patru sunt mincinoși!"[69]) Descoperiri recente realizate de Pentagon dezvăluie că numeroși soldați trimiși în Irak au vomitat din cauza anxietății înainte de misiunile de patrulare în zonele de luptă.

William Manchester, care avea să devină un eminent istoric american, a luptat la Okinawa în al Doilea Război Mondial. „Simțeam

[i]) De la Revoluția Franceză, acest diagnostic a fost aplicat informal bărbaților care cedau în luptă, dar abia în 1871, când un medic pe nume Jacob Mendes Da Costa a scris un studiu de caz despre Henry pentru *The American Journal of the Medical Sciences*, această afecțiune a fost înscrisă oficial în literatura științifică drept „inimă de soldat" sau inimă reactivă sau sindromul lui Da Costa. Istoricii psihiatriei consideră acest articol ca fiind primul din literatura medicală care descrie afecțiunile numite astăzi tulburare de panică și tulburare de stres posttraumatic.

în bărbie o zvâcnire care apărea și dispărea ca o lumină intermitentă care semnalizează că e ceva în neregulă"[70], scria el, amintindu-și prima experiență de luptă deschisă, când s-a apropiat de un lunetist japonez care se ascundea într-o baracă. „În burtă mi se deschideau și închideau valve. Gura mi-era uscată, picioarele îmi tremurau și nu puteam să-mi focalizez privirea." Manchester a împușcat și a omorât lunetistul – după care a vomitat și și-a pierdut controlul asupra vezicii urinare. „Oare asta înseamnă «vitejie pe câmpul de luptă»?" s-a întrebat el.

Eu aș spune că reacția fiziologică de anxietate a lui Manchester avea o calitate aproape morală, că implica sensibilitate față de gravitatea existențială a situației. Anxietatea, după cum s-a observat de la Augustin încoace, poate fi o bună aliată a moralității; oamenii care nu au nici o reacție fiziologică în aceste situații sunt proverbialii ucigași cu sânge rece. După cum s-a exprimat la un moment dat scriitorul Christopher Hitchens – care nu era în nici un caz un laș –, „Acum, cei care nu resimt nici o emoție sub presiune sunt de obicei și aparent potriviți pentru a fi ofițeri, dar însuși acest stoicism poate ascunde – ca în cazul ofițerilor care nu suferă de epuizare provocată de luptă sau de stres posttraumatic – un calm psihopatic care trimite fără o lacrimă un pluton întreg într-o tranșee plină de sârmă ghimpată"[71].

Cu toate astea, există încă din Antichitate o legătură acceptată cultural între curaj și bărbăție, precum și o aprobare a calității morale atribuite capacității de control a propriilor funcții corporale în cazuri extreme. Potrivit legendei, când Napoleon a trebuit să aleagă un om cu „nervi de oțel"[72] pentru o misiune periculoasă, a ordonat ca un pluton de execuție să tragă cu gloanțe oarbe asupra unor voluntari și l-a ales pe cel care „nu a manifestat tendința de a-și goli intestinele".

Colegul meu Jeff, un jurnalist care a transmis din zone de război din toată lumea și care a fost răpit de teroriști, spune că novicii în corespondența de război se întreabă întotdeauna ce se va întâmpla prima dată când se va trage asupra lor. „Înainte să fii sub focul inamicului", spune el, „te întrebi dacă o să te caci pe tine. Unora

li se întâmplă, altora nu. Mie nu – și am știut atunci că o să mă descurc. Dar până să afli pur și simplu nu știi".

Din fericire, nu s-a tras niciodată asupra mea. Dar cred că știu din ce categorie fac parte.

...mișelul naintea primejdiei schimbă la față,
Firea nu-l lasă să stea liniștit, ci se-ndoaie de șele,
Și se tot farmă și stă pe picioare, pe unul, pe altul,
Inima-i bocăne-n pieptu-i grozav, i se pare că vede
Moartea spre sine venind și-i clănțăne dinții de groază.
Cine-i levint, dimpotrivă, deloc nu se schimbă la față,
Nici nu se tulbură cum își ia loc în șirag și s-aține
Și-n fiorosul pârjol el gata să sară mai iute.

– Homer, *Iliada*[a]

De ce unii oameni își păstrează calmul sub focul inamicului, iar alții se prăbușesc imediat? Studiile arată că aproape toată lumea – în afară de cei mai rezilienți și de cei mai sociopați – are o limită, un prag psihic dincolo de care stresul luptei nu mai poate fi tolerat fără deteriorare afectivă și fizică sau colaps. Însă unii oameni pot suporta un volum enorm de stres înainte de a ceda și se pot reface rapid după epuizarea provocată de luptă; alții cedează rapid și își revin lent și dificil – dacă își revin vreodată.

Se pare că există o consecvență considerabilă la nivelul populațiilor: un anumit procent de indivizi cedează sub presiune și un alt procent este imun. Studii[73] cuprinzătoare realizate în timpul celui de-al Doilea Război Mondial au descoperit că în cadrul fiecărei unități obișnuite de luptă există un anumit număr de oameni care vor ceda nervos devreme, de obicei înainte de a ajunge pe câmpul de luptă; alții, care constituie un procent relativ stabil (și dintre care unii sunt sociopați), sunt capabili să îndure un volum masiv de stres fără efecte negative; iar majoritatea oamenilor se încadrează undeva între aceste extreme.

[a]) Homer, *Iliada*, trad. de George Murnu, Univers, București, 1985, p. 292 (n. tr.).

John Leach, psiholog britanic care a studiat cogniția în condiții de stres extrem, a observat că, în medie, 10-20% dintre oameni vor fi calmi și netulburați în situații de luptă. „Acești oameni vor reuși să își revină rapid"[74], scrie el în *Survival Psychology*. „Conștientizarea situației va rămâne intactă și capacitățile lor de judecată și rațiune nu vor fi afectate într-o măsură semnificativă." La cealaltă extremă, 10-15% dintre oameni vor reacționa prin „plâns incontrolabil, confuzie, țipete și anxietate paralizantă"[75]. Însă majoritatea oamenilor, spune Leach, până la 80%, în situații care implică riscul morții vor deveni letargici și confuzi și vor aștepta instrucțiuni. (Asta explică poate de ce atât de mulți oameni sunt așa de dornici să se supună autoritarismului în perioadele de tulburare și stres extrem.)

Pe de altă parte, psihiatrii britanici au observat că în al Doilea Război Mondial, când avioanele Luftwaffe bombardau Londra, civilii cu tulburări nevrotice preexistente descopereau că nivelul lor general de anxietate ajungea *să scadă*.[76] După cum a scris un istoric, „Nevroticii s-au arătat remarcabil de calmi în fața amenințării din ceruri"[77] – probabil pentru că era reconfortant să descopere că oamenii „normali" le împărtășeau frica în timpul Blitz-ului. Un psihiatru a speculat că pentru nevrotici era liniștitor să vadă că ceilalți „arătau la fel de îngrijorați cum fuseseră ei de-a lungul anilor"[78]. Nevroticii se simt mai puțin anxioși când este acceptabil să se simtă anxioși.

Un studiu[79] fascinant despre stresul provocat de război a fost coordonat de V.A. Kral, medic internat în lagărul Theresienstadt în al Doilea Război Mondial. În 1951 a publicat un articol în *The American Journal of Psychiatry* în care spunea că, deși la Theresienstadt au murit 33.000 de oameni – și alți 87.000 au fost transferați în alte lagăre naziste spre a fi uciși –, acolo nu au apărut cazuri noi de fobie, nevroză sau anxietate patologică. De fapt, Kral, care a lucrat la spitalul lagărului, a observat că, deși majoritatea deținuților erau deprimați, puțini resimțeau anxietate clinică. El scria că aceia care înainte de război suferiseră de „psihonevroze grave și de lungă durată ca fobii și nevroze obsesiv-compulsive" au

descoperit că afecțiunile lor intrau în remisie. „La Theresienstadt, nevrozele [pacienților] fie dispăreau complet, fie se ameliorau într-atât, încât pacienții munceau fără să caute ajutor medical." Este interesant că pacienții care au supraviețuit războiului au recăzut apoi în vechile lor tipare nevrotice. Era ca și cum frica reală ar fi înlăturat anxietatea nevrotică; odată cu diminuarea fricii, anxietatea a revenit.

Psihiatrii militari au adunat un volum semnificativ de informații despre tipurile de situații care le provoacă soldaților cea mai intensă anxietate. Multe studii au arătat că nivelul de control pe care un soldat simte că îl are determină în mare măsură nivelul de anxietate pe care îl resimte. Conform descrierii oferite de Roy Grinker și colegii săi în *Men Under Stress*, studiul clasic despre nevrozele de război din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, deși piloții erau îngroziți de atacurile antiaeriene, lupta împotriva avioanelor inamice era euforizantă.[i]

Trauma de război este un redutabil distrugător psihic: mulți soldați cedează afectiv în timpul războiului; și mai mulți cedează după. Vietnamul a creat mii de soldați traumatizați, dintre care mulți au ajuns persoane fără adăpost și dependenți de droguri. Aproximativ 58.000 de soldați americani au murit în luptă în Vietnam între 1965 și 1975 – dar un număr și mai mare s-au sinucis de atunci. Sinuciderea este frecventă și în cazul veteranilor războaielor noastre recente din Irak și Afganistan. Conform statisticilor furnizate de Army Behavioral Health Integrated Data Environment, rata sinuciderii în cazul soldaților în serviciu activ a crescut cu 80% între 2004 și 2008; un studiu din 2012, publicat în *Injury Prevention*, raporta că numărul sinuciderilor este, „conform

[i]) Legătura dintre lipsa controlului și anxietate a fost demonstrată de multe ori de-a lungul anilor și în alte situații decât cele de luptă. Cercetătorii au provocat ulcer șoarecilor pur și simplu privându-i de control asupra mediului lor și există un număr foarte mare de studii care au demonstrat că oamenii cu locuri de muncă în care nu consideră că au un nivel ridicat de control sunt mult mai susceptibili să dezvolte anxietate clinică și depresie, precum și afecțiuni medicale determinate de stres, ca ulcerul și diabetul.

datelor armatei americane, fără precedent în peste 30 de ani"[80]. Un studiu[81] din *The Journal of the American Medical Association* a ajuns la concluzia că peste 10% dintre veteranii războiului din Afganistan și aproape 20% dintre veteranii războiului din Irak suferă de anxietate și depresie. Alte studii au descoperit procente enorme de consum de antidepresive și tranchilizante la veteranii din Irak; ABC News raportează că unul din trei soldați ia acum medicamente psihiatrice. Ratele mortalității în cazul celor care cedează sub stresul luptei sunt mult mai mari decât în cazul celor care nu cedează: un studiu[82] recent publicat în *Annals of Epidemiology* arată că veteranii diagnosticați cu tulburare de stres posttraumatic au o rată de două ori mai mare de moarte prematură decât cei fără un astfel de diagnostic. Rata sinuciderii post-luptă a ajuns atât de înaltă în ultimii ani, încât armata americană a făcut o prioritate din acordarea tratamentului profilactic pentru tulburarea de stres posttraumatic. În 2012, rata sinuciderii a ajuns la cel mai înalt nivel din ultimii zece ani[83] – un număr uluitor de 18 soldați activi și veterani se sinucid în fiecare zi în SUA, potrivit amiralului Mike Mullen, fostul director al Joint Chiefs of Staff din cadrul Ministerului Apărării.

Bineînțeles, până în 1980, când acest diagnostic a fost introdus alături de alte tulburări anxioase odată cu publicarea *DSM-III*, nu exista nicidecum TSPT/PTSD.[i] La fel ca în cazul tulburării anxioase sociale, existența tulburării de stres posttraumatic rămâne controversată – și dacă există, nu e limpede cât de largă ar trebui să fie definiția. Aceste dezbateri sunt inevitabil politizate, fiindcă sunt în joc miliarde de dolari sub forma beneficiilor medicale pentru veterani și a câștigurilor companiilor medicale, precum și din cauza tensiunilor constante provocate de diferența dintre lașitate morală și o afecțiune medicală. În ce o privește, armata americană consideră în prezent TSPT ca fiind o problemă reală și gravă și investește un volum semnificativ de resurse în cercetarea

[i]) TSPT (tulburare de stres posttraumatic/*post-traumatic stress disorder* – PTSD) este urmașul diagnosticelor, printre altele, de inimă de soldat, frică de bombe, epuizare provocată de luptă și nevroză de război.

cauzelor, tratamentului și prevenției. Pentagonul contribuie la numeroase studii asupra forțelor Navy SEALs [United States Navy Sea, Air and Land (Seal) Teams], formate în general din soldații cei mai duri și mai rezistenți, în scopul de a afla ce combinație de gene, neurochimie și – în special – antrenament îi face să fie atât de formidabili din punct de vedere mental. Experimentele au dezvăluit că soldații SEALs gândesc mai clar și iau decizii mai bune și mai repede în situații haotice sau stresante decât o fac alți soldați.

Oricât de importantă este natura stresului provocat de luptă pe care îl resimte un soldat, descoperiri recente din neuroștiințe și genetică sugerează că natura soldatului poate fi mai importantă pentru determinarea probabilității unei căderi nervoase. Faptul de a fi mai probabil să cedezi sub un stres moderat de luptă sau să rămâi implacabil chiar și în condiții extreme de război poate fi atribuit în mare substanțelor neurochimice pe care le aduci în luptă, iar acestea sunt determinate parțial de genele tale.

Andy Morgan, psihiatru la Facultatea de Medicină Yale, a studiat persoanele care se antrenează în cadrul Forțelor Speciale de Intervenție de la Fort Bragg și care trec prin celebrul program SERE (Supraviețuire, Eschivă, Rezistență și Evadare). Acești indivizi care aspiră să facă parte din Navy SEALs și Beretele Verzi sunt supuși, trei săptămâni, la greutăți fizice și psihologice extreme pentru a se stabili dacă pot îndura stresul de a fi prizonieri de război. Suportă durere, privare de somn, izolare și interogatorii – inclusiv „tehnici avansate", cum ar fi tortura cu apă (*waterboarding*). Cei selectați pentru acest program au trecut deja prin câțiva ani de antrenament în locuri cum ar fi Centrul Special de Război John F. Kennedy de la Fort Bragg. Cei slabi din punct de vedere fizic și psihologic sunt excluși cu mult înainte de SERE. Dar chiar și pentru trupele de elită care ajung până aici, SERE poate fi extrem de stresant. Într-un articol din 2001, Morgan și colaboratorii săi observau că modificările înregistrate ale hormonului de stres cortizol în timpul SERE „au fost unele dintre cele mai mari documentate vreodată în cazul oamenilor"[84] – mai mari chiar decât cele asociate operațiilor pe cord deschis.

Morgan a descoperit recent că recruții din Forțele Speciale care sunt cei mai eficienți în SERE au niveluri semnificativ mai mari – cu până la 1/3 mai mari – de peptidă Y, o substanță secretată la nivelul creierului, decât recruții cu performanțe mai slabe. Descoperită în 1982, neuropeptida Y (sau NPY, cum o numesc cercetătorii) este neuropeptida care se găsește în cea mai mare cantitate în creier, fiind implicată în reglarea alimentației și echilibrului – și în răspunsul la stres. Unii indivizi cu niveluri ridicate de NPY par *complet imuni* la tulburarea de stres posttraumatic – nici un fel de stres nu-i poate face să cedeze.[85] Corelația dintre NPY și rezistența la stres este atât de mare, încât Morgan a descoperit că poate prezice cu o acuratețe remarcabilă, doar printr-un test de sânge, cine va absolvi programul de antrenament al Forțelor Speciale. Cei cu niveluri ridicate de NPY vor absolvi; cei cu niveluri mici, nu. Cumva, NPY conferă rezistență și reziliență psihologică.[i]

Este posibil ca indivizii din Forțele Speciale care se descurcă cel mai bine sub presiune să fi *învățat* să fie reziliențI – se poate ca nivelurile ridicate de NPY să fie produsul antrenamentului și modului în care au fost crescuți. Reziliența este o trăsătură care poate fi învățată; Pentagonul cheltuiește milioane în încercarea de a descoperi cum să facă asta mai bine. Însă studiile sugerează că nivelul de NPY al unei persoane este relativ fix încă de la naștere, fiind mai degrabă o funcție determinată de ereditate decât de învățare. Cercetătorii de la Universitatea din Michigan au descoperit corelații nu numai între variațiile genei NPY pe care o ai și cantitatea de neurotransmițător pe care o produci, ci și între cantitatea de NPY pe care o produci și cât de intens reacționezi la evenimente negative.[87] Oamenii cu niveluri reduse de NPY prezintă o hiperreactivitate a „circuitelor afective negative" din creier (cum ar fi partea dreaptă a amigdalei) mai mare decât oamenii cu niveluri ridicate de NPY și au nevoie de mult mai mult timp pentru a reveni la stări cerebrale calme în urma unui eveniment stresant. Aceștia prezintă de asemenea o probabilitate mai mare

[i]) Cercetătorii investighează în prezent dacă administrarea de NPY printr-un spray nazal poate bloca dezvoltarea tulburării de stres posttraumatic.[86]

de a avea episoade de depresie majoră – iar asta este total independent de sistemul serotoninergic, domeniul asupra căruia s-au concentrat cercetările neuroștiințelor în ultimele câteva zeci de ani. Invers, faptul de a avea cantități mari de NPY pare să te predispună să te descurci bine în condiții de stres.

Alte cercetări au descoperit că soldații al căror corp este mai reactiv la hormonii de stres sunt mai predispuși să cedeze sub presiune. Un studiu din 2010 publicat în *The American Journal of Psychiatry* a ajuns la concluzia că soldații cu un nivel mai mare de receptori de glucocorticoizi în celulele sangvine prezintă un risc mai mare de a dezvolta TSPT/PTSD în urma luptei.[88] Astfel de studii tind să confirme ideea că probabilitatea de a ceda sub presiune este determinată în mare de sensibilitatea relativă a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenală: dacă ai o axă HPA hipersensibilă, e mult mai probabil să faci TSPT/PTSD sau o altă tulburare anxioasă în urma unei experiențe traumatice; dacă ai o axă HPA slab reactivă, ești mult mai rezistent, dacă nu în general imun la TSPT/PTSD. Și, deși știm că sensibilitatea axei HPA este determinată de multe lucruri – de la cât de multă afecțiune ți-au oferit părinții la regimul tău alimentar și la natura traumei –, genele tale constituie un determinant semnificativ. Toate astea sugerează o corelație puternică între fiziologia ta determinată genetic și probabilitatea de a ceda la stres.

Dar dacă rezistența la stres este în mare o chestiune care ține de cantitatea unei anumite neuropeptide sau de nivelul înnăscut al sensibilității HPA, ce fel de rezistență e asta?

> *Eroul și lașul simt același lucru, dar eroul se folosește de propria frică, o proiectează în adversar, pe când lașul fuge. Frica e aceeași, contează cum o folosești.* — Cus d'Amato, antrenorul de box al lui Floyd Patterson și Mike Tyson

Suntem noi, cei cu o axă HPA hipersensibilă, cu un trup predeterminat să tremure ca un șoarece ca reacție la cea mai mică tulburare, condamnați să ezităm în cele mai importante momente?

Suntem noi destinați, ca Aristodemos cel care tremură și Roberto Durán, rușinii și umilirii? Suntem sortiți să fim întotdeauna victime ale zvâcnirilor corpului nostru și ale emoțiilor noastre nestăpânite?

Nu neapărat. Fiindcă dacă începi să descurci ițele relației dintre anxietate și performanță și dintre rezistență și curaj, acestea se arată mai complicate decât par la prima vedere. Poate că e posibil să fii în același timp anxios și eficient, laș și puternic, îngrozit și erou.

Bill Russell, unul dintre cei mai buni baschetbaliști, a câștigat 11 campionate cu echipa Boston Celtics (mai mult decât oricine în întreaga istorie a tuturor sporturilor americane), a fost selectat de douăsprezece ori în echipa NBA All-Star și a fost votat de cinci ori cel mai valoros jucător al ligii. Este în general recunoscut drept cel mai bun fundaș și câștigător din vremea lui, dacă nu din toate timpurile. Este singurul atlet din istorie și din toate sporturile care a câștigat un campionat național al colegiilor, o medalie de aur la Olimpiadă și un campionat profesionist. Nimeni nu ar pune la îndoială rezistența lui Russell, calitățile lui de campion sau curajul lui. Și totuși, spre uimirea mea, este un om care vomita din cauza anxietății înainte de majoritatea meciurilor în care juca. Conform unui calcul, Russell a vomitat înaintea a 1.128 de meciuri între 1956 și 1969, ceea ce aproape că-l aduce în teritoriul lui Charles Darwin. „[Russell] vomita de fiecare dată înainte de meci sau la pauză"[89], i-a spus în 1968 colegul său John Havlicek scriitorului George Plimpton. „E un semn bun, fiindcă înseamnă că e pregătit de meci și noi ne uităm în vestiar unii la alții, zâmbim și zicem «Băi, o să ne descurcăm bine în seara asta»."

Fiind un om cu o tulburare anxioasă, Russell a trebuit să se descurce cu neliniștea care îi făcea burta harcea-parcea. Dar o diferență esențială între Russell și pacientul anxios obișnuit (desigur, în afară de abilitățile supranaturale de atlet ale lui Russell) este că exista o corelație pozitivă între anxietatea și performanța lui – și, astfel, între problemele lui de burtă și performanța lui. O dată, în 1960, când antrenorul echipei Celtics a observat cu îngrijorare că Russell încă *nu* vomitase, a ordonat ca încălzirea de dinaintea

meciului să fie amânată până după ce Russell va fi vomitat.[90] Când Russell a încetat să mai vomite la finalul campionatului din 1963, a suferit una dintre cele mai rele căderi din cariera lui. Din fericire, când au început calificările din următorul an și a văzut cum se adună mulțimea la primul meci, a simțit că nervii o iau razna și a reînceput să vomite – după care a intrat pe teren și a avut cel mai bun joc al campionatului. Pentru Russell, agitația intestinală corela cu un joc eficient, chiar îmbunătățit.[i]

Nici lașitatea nu este neapărat o piedică în fața măreției. În 1956, Floyd Patterson, în vârstă de 21 de ani, a ajuns cel mai tânăr campion de box la categoria grea. Atunci, într-o serie de meciuri împotriva lui Ingemar Johansson între 1959 și 1961, a devenit primul boxer din istorie care a recâștigat titlul după ce îl pierduse. În anul următor l-a pierdut definitiv într-un meci împotriva lui Sonny Liston, dar a continuat cu intermitențe să concureze încă zece ani, luptând împotriva lui Liston, Jimmy Ellis și Muhammad Ali.

Patterson era dur și feroce și puternic – timp de câțiva ani, dat fiind că era campion la categoria grea, probabil unul dintre cei mai

[i]) Desigur, când agitația intestinală afectează performanța, lucrurile se schimbă drastic. Să luăm ca exemplu diferența dintre Bill Russell și Donovan McNabb, fundașul de la echipa de fotbal american Philadelphia Eagles, din campionatul Super Bowl din 2005. Ca Russell, McNabb era un atlet de elită. Câștigător de șase ori al premiului Pro Bowler și deținătorul a aproape tuturor recordurilor de pase din istoria Eagles, McNabb a fost unul dintre cei mai de succes fundași de colegiu și din liga profesionistă din generația lui. Totuși, în ciuda multor victorii în calificări, McNabb, spre deosebire de Russell, nu a câștigat niciodată un campionat – și de când echipa a pierdut la finala Super Bowl din 2005, a fost hărțuit de afirmațiile câtorva coechipieri (pe care McNabb le neagă) că vomita în momente esențiale și nu era în stare să dea instrucțiuni. (Dezbaterea dacă McNabb vomita sau nu continuă încă după opt ani și a fost numită „unul dintre marile mistere din istoria sportului"[91]). Asta ar însemna că McNabb, cu tot talentul sportiv, era copleșit de presiunea situației și ceda nervos, că nu avea calități de lider și nici forța – tăria propriu-zisă a intestinelor – de a-și controla burta și de a conduce echipa spre victorie. McNabb nu a mai fost același de atunci. (Un lucru care confirmă reputația lui de om care s-a blocat: performanța lui McNabb în meciurile cruciale de calificare era semnificativ mai slabă decât în meciurile obișnuite din campionat.)

duri și feroce și puternici oameni din lume. Dar era totuși, conform propriei lui relatări, un laș. După ce a fost învins pentru prima oară de Liston, a început să aducă la meciuri tot felul de obiecte cu care să se deghizeze – bărbi, mustăți false și pălării – în caz că ar fi cedat nervos și ar fi vrut să plece din vestiar înainte de luptă sau după, dacă ar fi pierdut. În 1964, scriitorul Gay Talese, care se documenta despre Patterson pentru un articol în revista *Esquire*, l-a întrebat despre obiceiul lui de a fi pregătit să se deghizeze.

— Probabil te întrebi cum ajunge un om să facă asemenea lucruri[92], a spus Patterson. Păi și eu mă întreb. Și răspunsul e că nu știu [...], dar cred că în mine, în fiecare om există o anumită slăbiciune. E o slăbiciune care apare mai mult când ești singur. Și mi-am dat seama că o parte din motivul pentru care fac lucrurile pe care le fac... și pare că e ceva ce nu pot să învinș – *eu însumi* – este pentru că... pentru că... sunt un laș.

Bineînțeles, definiția dată de Patterson lașității poate fi diferită de a mea sau a ta; nu prea e convențională.[i] Dar arată totuși că anxietatea dinăuntru poate merge mână în mână cu aparența curajului, că slăbiciunea nu este incompatibilă cu puterea.

În cazuri rare, anxietatea poate fi chiar sursa eroismului. În anii '40, Giuseppe Pardo Roques era liderul comunității evreiești din Pisa, Italia. Era respectat ca ghid spiritual – dar totodată era afectat de o anxietate debilitantă, în special de o fobie copleșitoare de animale. Sperând să-și învingă anxietatea[93], a încercat totul: sedative, „tonifiante" (neuro-stimulatoare), psihanaliză cu unul dintre protejații lui Freud și – într-un efort pe care îl înțeleg – să citească tot ce putea să găsească, de la Hipocrate la Freud, despre teoria și știința fobiilor. Nimic nu a funcționat; fobia îi domina viața. Nu putea să călătorească – de-abia putea să iasă din casă – din cauza fricii irațională că ar fi putut să fie atacat de câini. Când își făcea curaj să meargă pe stradă obișnuia să agite tot timpul un baston pentru

---

i) — Când te-ai gândit prima dată că ești laș? l-a întrebat Talese.

— S-a întâmplat după primul meci cu Ingemar, a spus Patterson. În înfrângere se arată omul așa cum este. Când sunt înfrânt, nu pot să dau ochii cu lumea. Nu am puterea de a le spune oamenilor „Am făcut tot ce-am putut, îmi pare rău" și fleacuri din astea.

a ține la distanță animalele care – se temea el – l-ar fi atacat. Când vecinii și-au luat un câine, a inventat un motiv pentru care să fie evacuați, fiindcă nu suporta ca un animal să fie atât de aproape de el. Petrecea ore întregi în fiecare zi îndeplinind ritualuri elaborate care aveau scopul de a-l liniști că nu era nici un animal în casa lui. (Astăzi ar fi diagnosticat cu TOC/OCD.)

Roques recunoștea caracterul irațional al fricii lui, dar nu avea puterea să o depășească. „E la fel de intensă pe cât este de absurdă", a spus el o dată. „Sunt pierdut. Inima îmi bate repede; fără îndoială că mi se schimbă expresia feței. Nu mai sunt eu însumi. Panica se amplifică și frica de frică face frica și mai intensă. Mă cuprinde un crescendo de suferință. Cred că nu mă mai țin puterile. Caut ajutor; nu știu unde să-l găsesc. Mi-e rușine să cer ajutor, și totuși mi-e teamă că frica o să mă omoare. Chiar mor, ca un laș, o mie de morți."

Silvano Arieti, un tânăr din acea comunitate, era fascinat de Roques. Cum se face, se întreba Arieti, că un om atât de sclipitor și înțelept ca Roques își putea lăsa viața să fie condusă de o frică atât de irațională? Lui Roques îi era frică să călătorească – nu plecase niciodată din Pisa în cei 60 de ani ai săi – și erau zile în care anxietatea era atât de intensă, încât nu putea nici măcar să iasă din dormitor. Dar – și asta era atât de fascinant pentru Arieti – Roques se arăta în alte privințe „un om pe deplin neînfricat, pregătit să-i apere curajos pe cei defavorizați, pe cei umili, pe cei aflați în suferință. [...] Frica lui aproape neîncetată era însoțită de un curaj care se putea manifesta oricând". Se descurca cu fricile „reale" și, de fapt, le sărea curajos în ajutor celor copleșiți de acestea. Dar față de propriile fobii, „cu toată intensitatea lor tragică", era neputincios. Arieti se întreba dacă exista o legătură între tăria morală a lui Roques și afecțiunea lui psihică.

Mulți ani mai târziu, după ce s-a mutat în America și a devenit unul dintre cei mai mari savanți în domeniul bolilor mintale, Arieti a publicat o carte, *The Parnas: A Scene from the Holocaust* (*Parnas: o scenă din Holocaust*) (1979), în care relatează ce s-a întâmplat la Pisa după ce germanii au ocupat o parte a Italiei. În 1943 și 1944,

când mai întâi fasciștii și apoi naziștii au terorizat comunitatea evreiască din Pisa, majoritatea evreilor au fugit. Dar Roques, pe care anxietatea îl împiedica să călătorească, a rămas. „Ideea de a pleca atât de departe de casă, în alt oraș sau la țară, îmi amplifică anxietatea până devine panică", le-a spus Roques celor șase prieteni care, din diverse motive, au hotărât să rămână în oraș alături de el. „Știu că aceste frici sunt absurde, devenind chiar ridicole, dar este inutil să-mi spun asta. Nu le pot depăși." Când discipolii săi au încercat să pună disponibilitatea lui de a suporta bombardamentele și pe naziști pe seama curajului sau puterii spirituale, Roques a obiectat. Boala, a spus el, „mi-a îngustat viața, ca să nu mai zic de bârfa și batjocura pe care le-a iscat, și mi-a umbrit întreaga existență. Trăiesc tremurând cu o frică total irațională de animale, în special de câini. Mi-e frică și de frica însăși. [...] Dacă nu aș fi simțit permanent frica asta bolnavă, nu aș fi aici; aș fi departe. Ceea ce voi numiți dar este boală". Dar faptul că frica lui de câini era mai mare decât frica de bombe și de naziști îl făcea să pară curajos.

În dimineața zilei de 1 august 1944, naziștii au venit acasă la Roques și i-au cerut să-i predea pe oamenii care locuiau cu el. A refuzat.

— Nu ți-e frică de moarte? au întrebat naziștii. O să te omorâm, evreu împuțit.

— Nu mi-e frică, le-a spus.

Și, potrivit celor care au supraviețuit și au fost intervievați mai târziu de Arieti, Roques nu s-a arătat deloc speriat, chiar dacă știa că naziștii erau pe cale să-l omoare. În fața pericolului real, părea să nu-i mai fie frică deloc.[i]

---

[i]) În cartea sa, Arieti construiește o teorie despre motivul pentru care lucrurile stăteau astfel. Perspectiva lui este că fobia și dezgustul de animale ale lui Roques erau o deplasare a dezgustului față de răul inerent din oameni. Când era mic, Roques a fost fericit și optimist. Dar în adolescență a aflat despre cruciade, Inchiziție și nenumărate alte orori la care omul l-a supus pe om de-a lungul istoriei. Nu a putut suporta asta. Conform teoriei lui Arieti, ca să-și păstreze iubirea pentru omenire și credința într-o lume pașnică, Roques a proiectat în animale răul din om, preferând să se teamă de animale în loc să renunțe la convingerea că omenirea este fundamental bună. Când, inevitabil,

Giuseppe Pardo Roques nu a fost singurul om din Pisa prins în timpul războiului în capcana propriei anxietăți. Majoritatea oamenilor plecaseră când bombele au început să cadă și să transforme părți întregi ale orașului în ruine. Însă Pietro, un tânăr care stătea nu departe de Roques, nu putea să se îndepărteze de cartierul în care locuia; nu îl lăsa agorafobia. Așa că a rămas acasă. Prefera să-i cadă o bombă în cap decât să îndure groaza care îl cuprindea când se îndepărta prea mult de casă. „Frica provocată de nevroză era mai puternică decât frica de pericolele războiului", observă Arieti.

Pietro a supraviețuit războiului – și a fost un erou decorat pentru curajul său. După fiecare bombardament alerga la ruine (atâta timp cât erau în cartierul lui) și îi ajuta să iasă pe oamenii prinși sub dărâmături. A salvat astfel mai multe vieți. Numai constrâns de propria fobie a putut să ajute victimele bombardamentelor. „Boala l-a făcut să ajungă erou", scrie Arieti.

Este evident că pentru cineva care suferă de anxietate sunt foarte atrăgătoare poveștile lui Roques și Pietro, Bill Russell și Floyd Patterson; în anxietatea lor stă nu doar răscumpărarea, ci și o sursă a eroismului moral și, poate, chiar a unui fel ciudat de curaj.

Roques s-a confruntat cu răul sub forma naziștilor, fobia lui de animale a dispărut. Ceea ce, susține Arieti, oferă anxietății sale fobice o calitate aproape spirituală, din moment ce i-a permis să deplaseze repulsia și anxietatea în ființe fără conștiință, păstrându-și astfel iubirea pentru omenire.

„Când tânărul sensibil descoperă aceste lucruri neplăcute [despre răul din om și pericolele și greutățile existenței]", scrie Arieti, „găsește dificilă confruntarea cu viața. Cum poate să aibă încredere, cum poate să iubească sau să mențină o atitudinea iubitoare față de semenii săi? S-ar putea să devină suspicios și paranoic; s-ar putea să se transforme într-o persoană detașată și incapabilă de iubire. Dar nu așa se petrec lucrurile în cazul persoanei fobice. O astfel de persoană își păstrează capacitatea de a iubi. De fapt, niciodată în îndelungata mea carieră psihiatrică nu am văzut o persoană care să sufere de fobie și care să nu fie o persoană iubitoare". Se pare că ne naștem într-o stare rousseauistă de inocență, dar dacă observăm cu atenție viața și natura umană trebuie să adoptăm o poziție defensivă hobbesiană față de ravagiile pe care le implică viața. Arieti susține că, prin sublimare, fobia ne transformă oroarea hobbesiană în frici nevrotice și irațională și ne oferă astfel posibilitatea de a păstra o perspectivă mai inocentă și mai iubitoare față de lume.

Partea a III-a
MEDICAMENTE

CAPITOLUL 5
„O mână de enzime“

Din timpuri imemoriale, [medicamentele] a u făcut posibil un anumit nivel de transcendere a sinelui și o eliberare temporară de tensiune.

— Aldous Huxley, într-o prezentare din 9 mai 1957 în fața Academiei de Științe din New York

Agitația, căscatul și frisonul dispar dacă se bea vin amestecat în părți egale cu apă. — Hipocrate, *Aforisme* (secolul al IV-lea î.Cr.)[a]

Înainte de lansarea primei mele cărți, în primăvara anului 2004, editorul meu a organizat un turneu modest de publicitate care implica participarea la emisiuni de televiziune și radio și lecturi publice și prezentări în librării în toată țara. Asta ar fi trebuit să fie o perspectivă încântătoare – șansa de a-mi promova cartea, de a călători pe banii altcuiva, de a intra în legătură cu cititorii, de a ajunge la un fel de celebritate temporară de doi bani. Dar nu pot pune în cuvinte groaza intensă pe care acest turneu a stârnit-o în mine.

Disperat, am căutat ajutor în mai multe locuri. Mai întâi am fost la un eminent psihofarmacolog de la Harvard, care-mi fusese recomandat de psihiatrul meu cu un an înainte.

— Ai o tulburare anxioasă, mi-a spus psihofarmacologul la prima consultație, după ce a evaluat istoricul meu medical. Din fericire, este foarte tratabilă. Trebuie doar să găsim medicamentele potrivite pentru tine.

Când am ridicat obiecțiile mele standard față de faptul de a mă baza pe medicamente (îngrijorări legate de efectele secundare,

[a]) Vezi Hipocrate, *Texte alese: Epidemiile, Aforismele, Despre aer, ape și locuri, Despre fracturi*, trad. de C. Săndulescu, Editura Medicală, București, 1960, p. 108 (n. tr.).

dependență, disconfortul provocat de ideea că pastilele ar putea să-mi afecteze mintea și să-mi schimbe identitatea), el a apelat la clișeul – convingător totuși – argumentului asemănării cu diabetul, care zice cam așa: „Anxietatea ta are o bază biologică, fiziologică și genetică; este o afecțiune medicală, ca diabetul. Dacă ai fi diabetic, nu ai ezita să iei insulină, nu? Și nu ai considera diabetul un neajuns moral, nu?" Am auzit de-a lungul anilor de la mai mulți psihiatri numeroase versiuni ale acestui discurs. Încercam să rezist propunerii de a lua medicamentul care se întâmpla să fie cel mai nou, convins că această rezistență era cumva nobilă sau morală, că faptul de a mă baza pe medicamente era o dovadă de slăbiciune de caracter, că anxietatea mea era un element integral și esențial al identității mele și că exista valoare în suferință – până când, inevitabil, anxietatea devenea atât de acută, încât ajungeam dispus să încerc orice, inclusiv noul medicament. Așa că, la fel ca de obicei, am capitulat și, sub amenințarea turneului, am început să iau benzodiazepine (Xanax în timpul zilei, Klonopin seara) și am crescut doza de Celexa, antidepresivul ISRS/SSRI pe care îl luam deja.

Dar, chiar și îndopat cu medicamente, mi-era în continuare groază de turneul care se apropia, așa că m-am dus și la un psiholog tânăr, însă foarte bine văzut, pregătit la Stanford, specializat în terapia cognitiv-comportamentală.

— Primul lucru pe care trebuie să-l facem, a spus ea într-una din primele ședințe, este să te scoatem de pe pastile.

Câteva ședințe mai târziu s-a oferit să-mi ia Xanaxul și să-l încuie într-un sertar din biroul ei. A deschis sertarul să-mi arate flacoanele depozitate acolo de alți pacienți de-ai ei, ridicând unul și agitându-l în aer pentru efect. Medicamentele, a spus ea, erau o cârjă care mă împiedica să resimt cu adevărat anxietatea și să mă confrunt cu ea; dacă nu mă expuneam la experiența brută a anxietății, nu aveam să aflu niciodată că-i puteam face față singur.

Știam că avea dreptate. Terapia prin expunere se bazează pe trăirea deplină a anxietății, lucru dificil dacă iei medicamente anxiolitice. Dar sub amenințarea turneului, mă temeam că, de fapt, s-ar putea să *nu-i* pot face față.

M-am întors la psihofarmacologul de la Harvard (să-i spunem dr. Harvard) și i-am descris traseul propus de psihologul de la Stanford (să-i spunem dr. Stanford).

— E decizia ta, a spus el. Poți să încerci să renunți la medicamente. Dar este evident că anxietatea este atât de înrădăcinată în biologia ta, încât e provocată până și de un stres minor. Doar medicamentele pot controla reacția ta biologică. Și este foarte probabil că anxietatea ta este atât de acută, încât singurul mod în care ai putea ajunge în punctul în care orice fel de terapie comportamentală ar începe să fie eficientă este să potolești simptomele fizice cu medicamente.

— Dacă ajung dependent de Xanax și trebuie să-l iau toată viața? am întrebat.

Benzodiazepinele sunt celebre pentru provocarea dependenței. Renunțarea prea bruscă poate provoca efecte secundare oribile.

— Și ce dacă? a spus el. Am o pacientă care o să vină azi după-amiază și care îl ia de douăzeci de ani. N-ar putea să trăiască fără asta.

La următoarea ședință cu dr. Stanford i-am spus că mă temeam să renunț la Xanax și că eram de acord cu ce îmi spusese dr. Harvard. A avut o expresie de parcă aș fi trădat-o. O clipă mi-a trecut prin minte că s-ar putea să înceapă să plângă. După aceea nu i-am mai spus de vizitele pe care i le făceam dr. Harvard. Consultațiile cu el păreau ilicite.

Dr. Stanford era mai plăcută și era mai agreabil să vorbești cu ea decât cu dr. Harvard; încerca să înțeleagă ce-mi provoca anxietatea și părea să-i pese de mine ca personalitate individuală. Spre deosebire de ea, dr. Harvard părea să mă vadă ca pe un tip – un pacient anxios – care trebuie tratat cu o soluție valabilă pentru toți: medicamente. Într-o zi am citit în ziar că trata la grădina zoologică o gorilă deprimată. Ce tratament alesese dr. Harvard pentru gorila cu pricina? Celexa, același ISRS/SSRI pentru care îmi dăduse și mie o rețetă.

Nu pot spune cu certitudine dacă medicamentul a funcționat pentru gorilă. Conform relatării, a funcționat.[1] Dar putea exista o dovadă mai temeinică a faptului că tratamentul aplicat de dr. Harvard era exclusiv biologic? Pentru el, conținutul oricărei suferințe psihice – și cu siguranță sensul acesteia – conta mai puțin decât

aspectele ei concrete: o astfel de suferință, la om sau la altă primată, este o defecțiune medico-biologică tratabilă cu medicamente.

Ce era de făcut? Dr. Harvard îmi spunea că, asemenea gorilei, sufeream de o problemă medicală pentru care aveam nevoie de intervenție farmaceutică. Dr. Stanford îmi spunea că problema mea nu era în esență biologică, ci cognitivă: dacă aș fi reușit doar să corectez disfuncțiile modului în care gândeam (prin forța voinței, reînvățare cognitivă și expunere directă la cele mai mari frici ale mele), anxietatea mea ar fi scăzut. Dar, spunea dr. Stanford, medicamentele pe care le luam îmi afectau capacitatea de a rezolva eficient aceste disfuncții.[i]

Am tot încercat să renunț la Klonopin și Xanax, ca să-mi iasă reînvățarea cognitivă, și uneori chiar am avut mici reușite – doar ca să fiu din nou copleșit de anxietate și să mă scotocesc necăjit prin buzunare după Xanax. Oricât mi-aș fi dorit să mă vindec reparând modul în care gândeam sau atingând pacea spirituală sau învățând pur și simplu metode de *coping*, se părea că nu reușeam decât să ajung ca gorila deprimată, având nevoie de ajustări artificiale ale neurotransmițătorilor care să-mi repare creierul anxios și defect.

Prin atenuarea influenței perturbatoare a anxietății asupra minții, tranchilizantele deschid calea unei utilizări mai eficiente și mai bine coordonate a lucrurilor bune care există deja. Ele contribuie astfel la fericire, la atingerea potențialului și la demnitatea umană.

— Frank Berger, „Anxiety and the Discovery of Tranquilizers" („Anxietatea și descoperirea tranchilizantelor"), în *Discoveries in Biological Psychiatry* (1970)

[i]) De fapt, dr. Stanford a fost la rândul ei de acord că anxietatea mea avea o componentă biologică semnificativă; punctul ei de vedere era că biologia poate fi învinsă prin reînvățare cognitivă. Și cercetările chiar arată că reînvățarea cognitivă, precum și alte forme de psihoterapie pot *să modifice* biologia în același mod în care o fac medicamentele, uneori mai profund și mai durabil – o manifestare propriu-zisă a puterii minții asupra materiei.

În ce măsură ar fi modificată cultura occidentală de utilizarea pe scară largă a tranchilizantelor? Ar dispărea inițiativă yankee? Este negativă amorțirea chimică a anxietății?

— Stanley Yolles, directorul Institutului de Sănătate Mintală, într-o declarație în fața Comitetului pentru Întreprinderi Mici din cadrul Senatului American, mai 1967

Sigmund Freud, părintele psihanalizei, apela adesea la medicamente pentru gestionarea propriei anxietăți. Șase dintre primele sale articole științifice au fost realizate cu ajutorul cocainei, pe care a folosit-o regulat cel puțin zece ani, începând cu perioada 1880–1890. „În timpul ultimei depresii grave am luat din nou cocaină", îi scria soției sale în 1884, „și o doză mică m-a revigorat într-un mod minunat. Chiar acum mă documentez pentru un cântec de laudă adus acestei substanțe magice"[2]. Avea convingerea că cercetarea asupra proprietăților medicinale ale drogului l-ar face celebru. Considerând că drogul nu e mai adictiv decât cafeaua, l-a prescris pentru el însuși și pentru alții ca tratament pentru orice, de la tensiunea nervoasă și melancolie la indigestie și dependență de morfină. Freud numea cocaina un „medicament magic": „Iau regulat doze mici împotriva depresiei și indigestiei, și asta funcționează de minune"[3]. Lua cocaină și pentru ameliorarea anxietății sale sociale, înainte de a participa la întrunirile de salon găzduite la Paris de mentorul său, Jean-Martin Charcot.[i] Entuziasmul lui Freud a început să scadă abia după ce i l-a prescris unui prieten apropiat care a ajuns dependent în mod fatal de acest drog. Dar până atunci propria experiență cu cocaina îi consolidase deja convingerea că unele boli mintale au o bază fizică în creier. Este o ironie a istoriei medicale că, deși ultimele sale cercetări l-au făcut pe Freud părintele psihoterapiei psihodinamice moderne, bazată în general pe ideea că originea bolii mintale este constituită din conflicte inconștiente, articolele sale despre cocaină îl fac unul

[i]) De asemenea, după cum el însuși recunoștea, Freud era dependent de nicotină, fumând în cea mai mare parte a vieții 20 de trabucuri pe zi sau chiar mai multe, obicei care i-a provocat cancer oral la 60 și ceva de ani.

dintre părinții psihiatriei biologice, a cărei concepție generală este că suferința psihică e cauzată în parte de disfuncții fizice sau chimice care pot fi tratate cu medicamente.[4]

O mare parte din istoria psihofarmacologiei moderne are aceeași caracteristică ad-hoc pe care au avut-o experimentele lui Freud cu cocaina. În ultimii 60 de ani, fiecare categorie de anxiolitice și antidepresive care au un rol comercial important a fost descoperită întâmplător sau a fost inițial dezvoltată pentru ceva fără nici o legătură cu anxietatea sau depresia: pentru tratamentul tuberculozei, pentru starea de șoc care poate apărea în timpul operațiilor chirurgicale, pentru alergii; ca insecticid, conservant de penicilină, vopsea industrială, dezinfectant, combustibil de rachete.

Totuși, în ciuda caracterului întâmplător, istoria recentă a psihofarmacologiei a modelat înțelegerea modernă a bolii mintale. Să nu uităm că nici „anxietatea", nici „depresia" – doi termeni care astăzi sunt o parte integrantă și a limbajului medical, și a celui popular – nu au existat ca entitate clinică în urmă cu o jumătate de secol. Înainte de anii '20, nimeni nu fusese vreodată diagnosticat cu depresie; înainte de anii '50, de-abia dacă erau câțiva oameni diagnosticați cu anxietate propriu-zisă.

Ce s-a schimbat? Un răspuns este că industria farmaceutică de fapt *a creat* aceste categorii clinice. Ceea ce a început ca țintă a campaniilor de marketing a fost în cele din urmă reificat ca boală.

Nu vreau să sugerez prin asta că înainte de anii '50 oamenii nu erau „anxioși" sau „deprimați" în același mod în care înțelegem astăzi aceste cuvinte. Dintotdeauna unii oameni s-au simțit o parte din timp patologic de nefericiți și speriați. Așa s-a întâmplat milenii întregi înainte ca termenii „anxietate" și „depresie" să devină comuni ca descriere a unor stări afective și tulburări clinice. („Lacrimile lumii sunt imuabile", după cum a spus Samuel Beckett.)[a] Dar până la jumătatea secolului trecut, când au fost create noi medicamente în scopul ameliorării acestor stări

[a]) Vezi Samuel Beckett, *Așteptându-l pe Godot*, trad. de Gellu Naum, Editura Univers și Teatrul Național I.L. Caragiale, București, 1970, p. 30 (n. tr.).

afective, astfel de stări nu au fost delimitate ca „boli" în modul în care le înțelegem astăzi.

Înainte de 1906, când Administrația pentru Alimente și Medicamente (Food and Drug Administration – FDA), pe atunci abia înființată, a început să le impună producătorilor de medicamente să afișeze ingredientele produselor, consumatorii nu-și dădeau seama că, luând unele dintre cele mai populare remedii anxiolitice ale vremii – cum ar fi Neurosine sau Dr. Miles's Nervine (despre care reclama spunea că este „remediul științific pentru tulburări nervoase") sau Wheeler's Nerve Vitalizers sau Rexall's Americanitis Elixir –, ingerau de fapt alcool sau marijuana sau opiu.[i5] În 1897, Bayer, compania germană producătoare de medicamente, a lansat pe piață diacetilmorfina, un compus care a fost utilizat pe scară largă pe câmpul de luptă în Războiul Civil din SUA și în Războiul Franco–Prusac ca analgezic și antitusiv. Acest nou medicament – sub denumirea comercială de Heroin – a fost disponibil fără rețetă în farmaciile americane până în 1914.[ii] Ediția din 1899 a *The Merck Manual*, atunci, ca și acum, un respectat compendiu de informații medicale de ultimă oră, recomanda opiul ca tratament standard pentru anxietate.[7]

---

[i]) Unii medici prescriau alcool de-a dreptul. În 1890–1900, Adolphus Bridger, influent medic din Londra și autor al unor cărți medicale populare ca *The Demon of Dyspepsia* (*Demonul dispepsiei*) și *Man and His Maladies* (*Omul și maladiile sale*), le recomanda pacienților care sufereau de tensiune sau melancolie să bea vin de Porto și coniac. El a scris că „un tip adecvat de alcool"[6] – în special „vinul tare de Burgundia, vinul de Bordeaux de calitate superioară, vinul de Porto, vinurile albe franceze, germane și italiene de calitate superioară, berea brună sau coniacul" – „contribuie mai mult la restaurarea sănătății nervilor" decât orice alt medicament.

[ii]) Doi ani mai târziu, Bayer a lansat un alt analgezic, acid acetilsalicilic, sub denumirea comercială Aspirin. În timp, Heroin și Aspirin ajungând omniprezente, amândouă s-au transformat din denumiri comerciale în termeni generici. Medicii de la începutul secolului trecut din America și Marea Britanie înțelegeau întru câtva de-a-ndoaselea modul în care funcționau aceste medicamente și prescriau frecvent Heroin pentru pacienții care sufereau de dureri fizice (ceea ce, ca să spunem drept, avea oarecare sens) și administrau Aspirin pentru „afecțiuni nervoase" (ceea ce nu avea sens).

Încrederea senină cu care *The Merck Manual* – precum și fiecare medic și farmacist de atunci – recomanda cu atâta ușurință medicamente despre care știm astăzi că provoacă dependență, că sunt nesănătoase sau inutile ne face să ne întrebăm dacă ar trebui să ne bazăm pe încrederea la fel de senină a medicilor și a manualelor de astăzi. Da, cercetările și clinicienii din prezent sunt înarmați cu informații care provin din studii controlate și descoperiri bazate pe evaluări neuroimagistice și pe analize de sânge, și sunt susținuți – sau împiedicați, în funcție de cum privim lucrurile – de o FDA care impune ani întregi de teste pe animale și dovezi clinice înainte de a aproba punerea pe piață a unui medicament. Dar peste o sută de ani s-ar putea ca istoricii medicinei să fie iarăși uimiți de cât de multe substanțe adictive, toxice sau inutile consumăm astăzi în cantități atât de mari.

În prima jumătate a secolului XX, barbituricele erau cel mai popular remediu pentru tensiunea nervoasă. Sintetizat prima dată în 1864 de un chimist german care a combinat uree obținută prin condens (din excreții de animale) cu dietil malonat (derivat al acidului din mere), acidul barbituric nu părea inițial să aibă vreo utilizare. Dar în 1903, când cercetătorii de la Bayer au administrat acid barbituric unor câini, câinii au adormit. După câteva luni, Bayer vindea barbital, primul barbituric pus pe piață. (Bayer a denumit medicamentul Veronal, pentru că unul dintre cercetătorii de acolo considera orașul italian Verona drept cel mai liniștit loc din lume.) În 1911, compania a lansat un barbituric cu acțiune pe termen mai lung, fenobarbital, care avea denumirea comercială Luminal și care va ajunge cel mai popular medicament din această categorie. Până în anii '30, barbituricele înlocuiseră aproape definitiv substanțele folosite la sfârșitul secolului al XIX-lea – cloralhidratul și bromurile, precum și opiul – ca tratament preferențial pentru „problemele de nervi"[i].

[i]) Bromura de potasiu, un compus introdus în 1857 în cadrul unei conferințe medicale britanice, se folosea inițial ca medicament anticonvulsiv și, la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX, a fost utilizat pe scară largă ca sedativ. În cele din urmă, toxicitatea și efectele secundare ale

În 1906 erau atât de mulți americani care consumau sau care luau supradoze de Veronal, încât *The New York Times* publica editoriale împotriva prescrierii exagerate a unor astfel de „remedii rapide"[8], însă fără rezultate notabile: în anii '30, *The Merck Manual* încă recomanda Veronalul pentru tratamentul „tensiunii nervoase extreme, neurasteniei, ipohondriei, melancoliei" și al altor „afecțiuni anxioase"[9]. Veronalul și Luminalul – vândute ca „aspirină pentru minte" – au dominat zeci de ani ceea ce am numi astăzi piața de anxiolitice. Până în 1947, peste treizeci de tipuri de barbiturice erau vândute în SUA sub denumiri comerciale diferite; cele mai comune erau Amytal (amobarbital), Nembutal (pentobarbital) și Seconal (secobarbital). Dat fiind că „anxietatea" și „depresia" încă nu existau oficial, barbituricele erau prescrise pentru „nervi" (sau „probleme de nervi"), „tensiune" și insomnie.

Dar barbituricele aveau două mari dezavantaje: erau foarte adictive și supradozele accidentale erau frecvente și, adesea, fatale. În 1950 cel puțin 1.000 de americani au luat o supradoză letală de barbiturice. (Printre alții, străbunica mea și Marilyn Monroe au făcut același lucru în anii '60.) În 1951, *The New York Times* numea barbituricele „o amenințare mai mare la adresa societății decât heroina sau morfina"[10] și afirma că „doamna care consideră că pilula roz este la fel de necesară ca spălatul pe dinți înainte de culcare, omul de afaceri tensionat care ia o capsulă albă pentru a-și liniști nervii înaintea unei conferințe importante,

bromurilor, variind de la gust amar și acnee la amețeală, greață intensă și vărsături, au dus la abandonarea acestora (astăzi sunt folosite aproape exclusiv în medicina veterinară, în cazul câinilor și pisicilor cu epilepsie), dar utilizarea lor a fost atât de răspândită, încât cuvântul „bromură" a ajuns să desemneze și platitudine soporifică. Cloralhidratul, un agent narcotic, sintetizat pentru prima dată în 1832, a fost adăugat în trusa de substanțe psihotrope a medicilor după ce Otto Liebrich, profesor de psihofarmacologie la Berlin, a administrat această substanță pacienților melancolici și a observat că le ameliora insomnia. O sută de ani mai târziu, străbunicul meu a primit rețete de cloralhidrat pentru tensiune și insomnie. (Cloralhidratul era și unul dintre agenții activi, alături de alcool, din Mickey Finn, băutură contrafăcută de contrabandiști în timpul marii crize economice.)

studentul care înghite un tranchilizant pentru a trece ușor un examen și actorul care ia un sedativ pentru a-și spori încrederea în sine sunt cu toții conștienți că utilizarea excesivă a barbituricelor «nu e bună», dar nu știu cât sunt de periculoase".

Ai putea crede că un astfel de consum masiv de barbiturice ar determina companiile producătoare de medicamente să dezvolte remedii mai noi și mai bune. Dar când Frank Berger, cercetător la Wallace Laboratories, companie subsidiară a Carter Products, le-a propus directorilor mai multor companii un nou medicament anxiolitic pe care îl sintetizase la sfârșitul anilor '40, aceștia nu s-au arătat interesați.[11] În primul rând, susțineau ei, terapia anxietății ar fi trebuit să se axeze pe problemele psihologice sau conflictele personale nerezolvate, nu pe biologie sau chimie – distincție care pare desuetă din perspectiva psihiatriei biologice moderne. În afară de asta, medicamentele psihoactive nu se încadrau în domeniul comercial obișnuit al companiei Carter, care consta în lucruri ca laxative (Carter's Little Liver Pills) (Pastilușele de ficat produse de Carter), deodorant (Arrid) și cremă depilatoare (Nair).

Berger a descoperit cu totul întâmplător proprietățile anxiolitice ale noii substanțe. Născut în 1913 în ceea ce astăzi este Republica Cehă, Berger, după ce a obținut doctoratul la Universitatea din Praga, a coordonat cercetări de imunologie care au demonstrat că era un promițător om de știință. Dar când Hitler a anexat Austria și părea hotărât să revendice Cehoslovacia, Berger, care era evreu, a fugit la Londra.

Fără să poată găsi aici de lucru, Berger și soția lui au ajuns oameni fără adăpost, dormind pe bănci din parc și mâncând la cantine pentru săraci. În cele din urmă, Berger a obținut o slujbă ca medic într-o tabără de refugiați, unde a învățat engleză, după care a devenit cercetător în domeniul antibioticelor la Laboratorul pentru Sănătate Publică din apropiere de Leeds.

Până în 1941 se demonstrase că penicilina era un tratament eficient al infecțiilor bacteriene. Însă producerea și conservarea penicilinei în cantități suficient de mari pentru a putea fi folosită

împotriva infecțiilor din rândul soldaților Alianței s-au dovedit complicate. „Mucegaiul e capricios ca o soprană“[12], se plângea directorul unei companii farmaceutice. Așa că Berger, alături de sute de alți oameni de știință, a început să lucreze la descoperirea unor tehnici mai bune de obținere și purificare a acestui antibiotic revoluționar. Cea mai însemnată reușită a lui a fost dezvoltarea unei metode de conservare a mucegaiului pentru a putea fi distribuit în zone mai îndepărtate. După ce cercetarea sa a fost publicată în reviste științifice renumite, o companie farmaceutică britanică i-a oferit un post înalt acestui chimist care fusese odinioară o persoană fără adăpost.

Unul dintre conservanții penicilinei testați de Berger era un compus numit mefenesină, pe care îl sintetizase prin modificarea unui dezinfectant disponibil pe piață. Când a injectat șoareci cu mefenesină pentru a testa toxicitatea substanței, Berger a observat ceva ce nu mai văzuse niciodată până atunci: „Compusul a avut un efect de liniștire a comportamentului animalelor“[13].

Berger descoperise, în mare parte întâmplător, prima substanță dintr-o clasă nouă și revoluționară de medicamente. Când s-a constatat că mefenesina are un efect calmant asemănător asupra oamenilor, compania Squibb Corporation, recunoscând oportunitatea comercială, a început să distribuie mefenesină ca sedativ administrat înaintea operațiilor chirurgicale. Vândut sub denumirea comercială Tolserol, până în 1949 mefenesina ajunsese unul dintre cele mai prescrise medicamente produse de Squibb.

Dar, sub formă de pilulă, efectul mefenesinei nu era foarte puternic și nu dura mult. Berger și-a propus să dezvolte o formă mai eficientă. În vara anului 1949 a acceptat postul de președinte și director medical la filiala din New Brunswick, New Jersey, a companiei Carter's Wallace Labs. Aici, Berger și echipa lui au început să sintetizeze și să testeze compuși care s-ar fi dovedit mai eficienți decât mefenesina. În cele din urmă au identificat 12 (din aproape 500 de compuși) care păreau promițători; după mai multe experimente pe animale, au scurtat lista la patru, apoi la unul singur, numit meprobamat, pe care l-au patentat în iulie 1950. Echipa lui

Berger descoperise că meprobamatul avea un efect relaxant în cazul șoarecilor. Efectul asupra maimuțelor era și mai intens.

— Aveam vreo 20 de maimuțe rhesus și macaci, îi va spune mai târziu Berger istoricului medical Andrea Tone. Sunt rele și trebuie să porți mănuși groase și mască de protecție când interacționezi cu ele.[14]

Dar după ce li s-a injectat meprobamat au devenit „niște maimuțe foarte drăguțe – prietenoase și atente". Testări ulterioare au demonstrat că meprobamatul are un efect mai durabil decât mefenesina și este mai puțin toxic decât barbituricele.

Tot atunci, două noi articole din reviste medicale prestigioase au prezentat primele rapoarte asupra efectelor terapeutice ale mefenesinei – care, să nu uităm, erau mai puțin intense decât ale meprobamatului. Unul din studii, realizat de medici de la Universitatea din Oregon, a descoperit că, după ce mefenesina a fost administrată unui număr de 124 de pacienți care solicitaseră tratament pentru ceea ce medicii lor numeau „stări de tensiune anxioasă", peste jumătate au resimțit o reducere semnificativă a anxietății – ajungând să arate, în formularea cercetătorilor, ca „niște indivizi relaxați și liniștiți"[15]. Alte rapoarte oferite de spitalele psihiatrice prezentau rezultate similare. Curând, primele studii la scară mică asupra meprobamatului descopereau același lucru: medicamentul reducea considerabil ceea ce medicii de atunci tindeau să numească „tensiune".

Aceste studii au fost printre primele care au evaluat într-un mod sistematic efectele unui medicament asupra stării mintale a ființelor umane. Astăzi, când în fiecare lună sunt publicate în ziare și reviste medicale zeci de studii controlate și randomizate asupra eficienței unor medicamente psihotrope, acest tip de cercetare pare de rutină. Dar la mijlocul secolului trecut, concepția că medicamentele psihiatrice puteau fi prescrise pe scară largă și în siguranță – ca să nu mai vorbim de evaluarea științifică a acestora – era nouă.

De fapt, era atât de nouă, încât directorii de la Carter nu credeau că există o piață pentru un astfel de medicament. Au apelat la o companie de sondare a pieței care a întrebat 200 de medici primari dacă ar fi dispuși să prescrie o pastilă care i-ar ajuta pe

pacienți să înfrunte stresul vieții de zi cu zi – și marea majoritatea au spus că nu ar face asta. Nemulțumit, Berger a continuat de unul singur și le-a trimis pilule de meprobamat pentru testare unor psihiatri pe care îi cunoștea, unul în New Jersey și celălalt în Florida. Psihiatrul din New Jersey a răspuns că meprobamatul i-a ajutat pe 78% dintre pacienții lui care sufereau de ceea ce am numi astăzi tulburări anxioase – erau mai sociabili, dormeau mai bine și, în unele cazuri, au reînceput să muncească după o perioadă în care nu putuseră să iasă din casă.[16] Psihiatrul din Florida a oferit medicamentul unui număr de 187 de pacienți și a descoperit că 95% dintre cei cu „tensiune" au resimțit ameliorări sau și-au revenit.[17]

— Când am venit aici prima dată nici măcar nu puteam să ascult radioul. Credeam că înnebunesc, a spus una dintre pacientele psihiatrului din Florida după câteva luni de meprobamat. Acum mă duc la meciuri de fotbal și la spectacole și chiar mă uit la televizor. Soțului meu nu-i vine să creadă cât sunt de relaxată.

Berger i-a arătat aceste rezultate – pe care *The Journal of the American Medical Association* avea să le publice în aprilie 1955 – lui Henry Hoyt, președintele companiei Carter Products, care a fost în sfârșit de acord să prezinte meprobamatul comisiei FDA pentru a obține aprobarea. La Carter exista obiceiul ca produsele să fie numite după orașe din vecinătate, așa că în cadrul companiei meprobamatul a primit numele de Milltown, după un sat situat la vreo cinci kilometri de laboratorul lui Berger și pe care un ghid de călătorii îl numea „sătucul liniștit Milltown". Dat fiind că numele localităților nu pot fi marcă înregistrată, Hoyt a renunțat la un *l* și, când pastila a intrat pe piață în mai 1955, meprobamatul se numea Miltown.

În 1955, barbituricele erau încă cele mai comune medicamente anxiolitice; se vindeau ca sedative și dominaseră zeci de ani rafturile farmaciilor. Fiindcă acestea se vindeau cel mai bine, Berger intenționa ca și Miltown să se vândă ca sedativ. Dar într-o seară, când lua cina în Manhattan cu prietenul său Nathan Kline, director de cercetare la Spitalul Rockland State, acesta l-a sfătuit să nu facă așa ceva.

— Eşti nebun, a spus Kline. Lumea n-are nevoie de sedative noi. Are nevoie de un tranchilizant. Lumea asta are nevoie de linişte. De ce nu-l numeşti tranchilizant? O să vinzi de zece ori mai mult.[18]

Din astfel de întâmplări – un efect secundar neaşteptat al unui conservant de penicilină, o remarcă spusă în treacăt la cină – este alcătuită istoria psihofarmacologiei.

Miltown a fost lansat pe piaţă fără zarvă la 9 mai 1955. Vânzările Carter Products pentru acest medicament au fost de doar 7.500$ în fiecare din primele două luni după ce a ajuns pe rafturi.[19] Dar vânzările acestui compus – prezentat ca fiind eficient pentru „anxietate, tensiune şi stres psihic" – au crescut curând. În decembrie, americanii au cumpărat Miltown în valoare de 500.000$ – şi nu a trecut mult până când au început să cheltuiască zeci de milioane de dolari pe an pentru reţete Miltown.[20]

În 1956, medicamentul a devenit un fenomen cultural. Vedetele de cinema şi alte celebrităţi aduceau osanale noului tranchilizant. „Dacă e ceva de care industria filmului are nevoie, atunci e de puţină linişte", declara editorialistul unui ziar din Los Angeles. „Odată ce-ai ajuns «cineva» în oraşul filmelor, eşti cufundat până la genunchi în tensiune şi stres mental şi emoţional. Anxietatea provocată de încercarea de a ajunge în vârf este înlocuită de anxietatea de-a nu şti câtă vreme vei rămâne acolo. Aşa că şi actorii mari, şi cei mici îşi umplu flacoanele cu pilula asta."[21] Asistenta lui Lucille Ball avea pe platoul filmului *I Love Lucy* o rezervă de Miltown care să o ajute pe actriţă să se calmeze după certurile cu soţul ei, Desi Arnaz.[22] Tennessee Williams a spus într-un interviu acordat unei reviste că a avut nevoie de „Miltown, lichior şi înot"[23] ca să facă faţă stresului de a scrie şi a produce filmul *Noaptea iguanei*. Actriţa Tallulah Bankhead a glumit că trebuia să plătească taxe în New Jersey, unde se afla Wallace Labs, pentru că lua atât de multe Miltown.[24] Jimmy Durante şi Jerry Lewis lăudau public medicamentul la emisiunile de televiziune. Actorul de comedie Milton Berle îşi începea monologurile la emisiunea de marţi seara de la televizor cu „Salut, sunt Miltown Berle"[25].

Cu atât de mulți reprezentanți proeminenți, popularitatea medicamentului Miltown s-a răspândit la nivel național. Revistele scriau despre „pastilele fericii" și „medicamentele liniștii sufletești" și „fericire pe rețetă". Gala Dalí, soția pictorului suprarealist Salvador Dalí, era atât de amatoare de Miltown, încât a convins Carter Products să comande de la soțul ei o lucrare de artă pentru Miltown în valoare de 100.000 de dolari.[i26] Aldous Huxley – în cazul căruia, dată fiind distopia încețoșată de droguri pe care a construit-o în *Minunata lume nouă*, te-ai fi putut aștepta să fie o Cassandra într-o astfel de privință – propovăduia că meprobamatul era „mai important, mai revoluționar decât descoperirile recente din domeniul fizicii nucleare".

La 18 luni după introducerea sa pe piață, Miltown devenise medicamentul cel mai prescris și – poate cu excepția aspirinei – cel mai consumat din toată istoria. Îl luau cel puțin 5% dintre americani. „Pentru prima dată în istorie", va observa mai târziu neurologul Richard Restak, „părea posibil tratamentul anxietății în cadrul comunității generale"[27].

Miltown a contribuit enorm la transformarea concepției noastre despre anxietate. Înainte de 1955, nu existau tranchilizante – nu era nici un medicament care să trateze anxietatea *per se*. (Cuvântul englezesc *tranquilizer* a fost folosit pentru prima dată de Benjamin Rush, medic și semnatar al Declarației de Independență, care a utilizat termenul ca să descrie un scaun pe care îl inventase pentru imobilizarea pacienților psihotici.) Însă în câțiva ani farmaciile americane erau pline de zeci de tipuri de tranchilizante și companiile cheltuiau sute de milioane de dolari în scopul dezvoltării altora.

Încrederea psihiatrilor în noile medicamente ar putea părea excesivă. Într-o declarație din 1957 în fața Congresului, Nathan Kline, prietenul lui Frank Berger, s-a arătat entuziasmat că apariția

---

[i]) *Crisalida*, un tunel de două tone și jumătate care se ondula, avea rolul de a simboliza trecerea cu ajutorul Miltown către ceea ce pictorul numea „nirvana sufletului omenesc" și a fost expus în sala de expoziții la întrunirea anuală a Asociației Medicale Anuale din 1958, cu siguranță una dintre cele mai avangardiste opere care a împodobit vreodată un congres medical.

medicamentelor psihiatrice poate avea „o importanță mult mai mare în istoria omenirii decât bomba atomică, din moment ce, dacă aceste medicamente oferă soluția mult așteptată care va dezvălui misterele relației dintre alcătuirea chimică a omului și comportamentul său psihologic, vor oferi mijloace eficiente de corectare a nevoilor patologice și astfel nu va mai fi necesară transformarea energiei nucleare în putere distructivă."[28] Kline i-a spus unui jurnalist de la *BusinessWeek* că meprobamatul era bun deopotrivă pentru productivitatea economică (fiindcă restaura „întreaga eficiență a directorilor") și pentru creativitatea artistică (fiindcă ajuta scriitorii și artiștii să evadeze din propriile nevroze și să depășească „blocajele mentale").[29] Această viziune utopică a unei vieți mai bune cu ajutorul chimiei se poate să fi fost exagerată, însă era foarte răspândită. Până în anii '60, aproximativ 75% dintre medicii din America prescriau Miltown.[30] Tratamentul anxietății începuse să migreze de pe divanul psihanalistului spre cabinetul medicului de familie. Curând, încercările de rezolvare a conflictelor dintre sine [se] și supraeu erau înlocuite de efortul de a recalibra neurochimia cerebrală.

Probabil că minusurile descrierii noastre [a minții] ar dispărea dacă am putea înlocui termenii psihologiei prin termeni din domeniul fiziologiei sau al chimiei. — Sigmund Freud, *Jenseits des Lustprinzips* (1920)[a]

Insulină pentru persoanele care suferă de nervi.

— Descrierea psihiatrului francez Jean Sigwald a noului medicament Clorpromazină (Thorazine), 1953

În acea perioadă în Franța avea loc o serie de descoperiri farmacologice ale căror consecințe medicale și culturale vor fi poate și mai însemnate decât cele aduse de Miltown.

[a]) Vezi și Sigmund Freud, *Dincolo de principiul plăcerii*, în *Opere esențiale*, vol. 3, trad. de George Purdea și Vasile Dem. Zamfirescu, Editura Trei, București, 2017, p. 281 (n. tr.).

În 1952, chirurgul parizian Henri Laborit a decis să experimenteze pe unii dintre pacienții săi un nou compus numit clorpromazină. Clorpromazina, ca numeroase alte medicamente care își vor găsi locul în arsenalul modern de substanțe psihotrope, își are originea în extinderea rapidă a industriei textile germane de la sfârșitul secolului al XIX-lea – și anume în vopselele industriale dezvoltate de companiile producătoare de substanțe chimice din 1880–1890.[i] Clorpromazina a fost descoperită în 1950, când cercetătorii francezi au sintetizat acest compus nou din fenotiazină în scopul de a crea un histaminic mai puternic. Dar clorpromazina nu a îmbunătățit antihistaminicele deja existente, așa că a fost dată deoparte. Când Laborit a cerut clorpromazină de la compania producătoare de substanțe chimice Rhône-Poulenc, spera să descopere că presupusa calitate de antihistaminic va contribui la ameliorarea șocurilor din timpul operațiilor, reducând inflamația și suprimând răspunsul autoimun al corpului la trauma intervenției chirurgicale. Medicamentul a făcut asta – dar, spre surpriza lui Laborit, a avut și un efect de sedare a pacienților, relaxându-i pe unii atât de tare, încât păreau, după cum s-a exprimat el, „indiferenți" față de intervenția chirurgicală majoră prin care urmau să treacă.

„Hai să vezi ceva", se pare că i-a spus Laborit unuia dintre psihiatrii care făceau parte din personalul spitalului militar Val-de-Grâce, arătându-i că pacienții „de tipul mediteraneean, tensionați, anxioși"[31] deveniseră complet calmi chiar în fața unor amenințări majore în privința sănătății lor.

Vestea s-a răspândit în spital și un chirurg, coleg al lui Laborit, îi va povesti cumnatului său, psihiatrul Pierre Deniker, despre

[i]) Sintetizată pentru prima dată în perioada 1880–1890 ca vopsea albastră, fenotiazina, compusul din care se obține clorpromazina, s-a demonstrat în următoarele decenii a avea un număr incredibil de proprietăți medicinale: funcționa ca antiseptic (reducând riscul de infecții), vermifug (distrugând viermii intestinali), tratament împotriva malariei și antihistaminic (prevenind reacțiile alergice). În 1935, valorificând capacitatea acesteia de a distruge gândacii, compania DuPont a început să le vândă fermierilor fenotiazină ca insecticid.

efectele acestui nou compus. Intrigat, Deniker a administrat medicamentul unora dintre cei mai psihotici pacienți din aripa cea mai ascunsă a unui spital parizian de boli psihice. Rezultatele au fost uimitoare: pacienții agitați și violenți s-au calmat; nebunii s-au transformat în oameni întregi la minte. Când unul dintre colegii lui Deniker i-a administrat medicamentul unui pacient care ani întregi nu reacționase în nici un fel, bărbatul a ieșit din apatie și a spus că dorea să se externeze și să revină la slujba lui de bărbier. Medicul i-a cerut să-l bărbierească, ceea ce pacientul a făcut cu grijă, așa că doctorul l-a externat. Nu toate cazurile au fost atât de spectaculoase, dar efectele calmante ale medicamentului erau intense. Vecinii au spus că zgomotele care se auzeau din azil scăzuseră semnificativ. Alte experimente la scară mică cu acest medicament au avut rezultate care îi confirmau efectul puternic. În 1953, Jean Sigwald, psihiatru parizian, a administrat clorpromazină unui număr de opt pacienți care sufereau de „melancolie asociată cu anxietate", și cinci dintre ei s-au simțit mai bine. Clorpromazina era, în cuvintele lui Sigwald, „insulină pentru persoanele care suferă de nervi"[32].

Clorpromazina a ajuns în America de Nord când, într-o seară de duminică din primăvara anului 1953, Heinz Edgar Lehmann, psihiatru la Universitatea McGill din Montréal, a citit un articol în timp ce se răsfăța cu o baie. Articolul, care îi fusese lăsat la cabinet de un agent de vânzări al unei companii producătoare de medicamente, era despre efectul clorpromazinei asupra psihoticilor francezi. („Chestia asta e atât de bună, că literatura o să-l convingă singură"[33], i-a spus agentul de vânzări secretarei lui Lehmann.) Când Lehmann a ieșit din baie a făcut o comandă de clopromazină și a inițiat primul studiu din America de Nord cu privire la acest compus, administrându-l unui număr de 70 de pacienți cu tulburări psihice de la spitalul Verdun Protestant, unde era director clinic. Rezultatele l-au surprins: în câteva săptămâni, pacienții care, printre alte afecțiuni psihiatrice, sufereau de schizofrenie, depresie majoră și ceea ce am numi astăzi tulburare bipolară păreau efectiv vindecați. Mulți au descoperit că nu mai aveau simptome; unii dintre cei despre care medicii credeau că o să-și petreacă restul

zilelor în azil au fost externați. A fost, după cum Lehmann va spune mai târziu, „cea mai spectaculoasă descoperire a farmacologiei din ultimii mai bine de o sută de ani, de la introducerea anesteziei“[34].

Compania americană producătoare de medicamente Smith, Kline & French Laboratories a obținut brevetul pentru clorpromazină și în 1954 a lansat-o pe piață sub denumirea comercială Thorazine, ceea ce a provocat o schimbare semnificativă a serviciilor de îngrijiri medicale pentru persoanele cu afecțiuni psihice. În 1955, pentru prima oară în douăzeci de ani, a scăzut numărul persoanelor cu boli psihice internate în SUA.[i]

Împreună, Thorazine și Miltown au consolidat o nouă idee tot mai influentă cultural, conform căreia boala mintală nu este provocată de *parenting*-ul prost sau de complexe oedipiene nerezolvate, ci de dezechilibre biologice, de perturbări organice din creier care pot fi corectate prin intervenții chimice.

Pentru mine, acea lungă noapte a trecut într-o stare de pândă și nesomn îngrozitoare: [...] o spaimă pe care numai copiii o pot simți.

— Charlotte Brontë, *Jane Eyre* (1847)[a]

S-a întâmplat ca propria mea experiență de zeci de ani în privința intervențiilor chimice să înceapă, douăzeci și cinci de ani mai târziu, cu Thorazine.

Când mă apropiam de sfârșitul școlii primare, ticurile și fobiile mele din ce în ce mai numeroase i-au făcut pe părinții mei să

[i]) Acest fapt a revoluționat psihiatria. Înainte de 1955, atât pacienții cu psihoze acute, cât și cei moderat nevrotici erau tratați în principal prin psihanaliză sau ceva asemănător; perlaborarea problemelor psihologice sau a traumelor din copilărie prin terapie era metoda standard de a ajunge la sănătate mintală. „Nici un psihiatru întreg la minte nu folosea medicamente“, va spune Heinz Lehmann despre acest domeniu înaintea anilor '50. „Foloseai electroșocuri sau diverse psihoterapii.“[35]

[a]) Charlotte Brontë, *Jane Eyre*, trad. de Mirella Acsente, Corint, București, 2015, p. 34 (n. tr.).

mă ducă la spitalul de psihiatrie pentru o evaluare care urma să stabilească dacă aveam nevoie de psihoterapie intensivă. În clasa a şaptea mă mutasem la altă şcoală. Într-o dimineaţă de luni din octombrie am refuzat să mă mai duc. Perspectiva separării de părinţi şi expunerea la microbi mi se păreau prea înfricoşătoare ca să le pot îndura. Dar părinţii mei, după ce i-au sunat pe dr. L. (psihiatrul care mi-a aplicat testul Rorschach în timpul evaluării de la Spitalul McLean şi la care mă duceam acum săptămânal pentru şedinţe de psihoterapie) şi pe dna P. (asistenta socială care ar fi trebuit să-i consilieze pe mama şi pe tata despre cum să fie nişte părinţi care provoacă mai puţină anxietate), au refuzat să mă lase să refuz. Ceea ce a dus la o confruntare melodramatică, repetată în majoritatea dimineţilor pentru tot restul anului şcolar.

Mă trezeam plângând şi agăţându-mă de aşternuturi, spunând că mi-era prea frică să mă duc la şcoală. După ce încercau în zadar să mă convingă să mă dau jos din pat, părinţii mei smulgeau pătura şi începea lupta: tata mă ţinea în timp ce mama mă îmbrăca cu forţa şi eu mă zbăteam să scap. După care mă împingeau de la spate până la maşină şi eu mă smuceam să mă eliberez. În timpul drumului de şapte minute până la şcoală plângeam şi îmi imploram părinţii să nu mă oblige să mă duc.

Când intram în parcare venea momentul judecăţii mele: vor trebui părinţii mei să mă scoată cu forţa din maşină şi să mă umilească în faţa colegilor neîndurători? Şcoala era înfricoşătoare – dar tot aşa era şi ameninţarea umilirii. Ştergându-mi lacrimile, coboram din maşină şi începeam marşul morţii spre clasă. Anxietatea mea nu era raţională; de fapt, nu aveam nici un motiv să-mi fie frică. Şi totuşi oricine a suferit chinurile anxietăţii patologice acute ştie că nu exagerez când spun că nu cred că m-aş fi simţit mult mai rău dacă aş fi mers spre propria decapitare.

Împietrit de disperare, făcând eforturi să nu plâng, străduindu-mă să-mi controlez intestinele turbulente, stăteam mut în bancă, încercând să nu izbucnesc în lacrimi şi să mă fac de râs.[i]

[i]) Am întrevăzut pentru prima oară depresia clinică într-o după-amiază din acel an, când stăteam în bancă. Resimţeam uşurarea caracteristică declanşată

Până în ianuarie, fobiile și anxietatea mea de separare ajunseseră să mă consume atât de tare, încât începusem să mă îndepărtez de prieteni, iar ei începuseră să se îndepărteze de mine; de-abia dacă mai socializam cu copiii de aceeași vârstă. Era prea stresantă implicarea în ironiile reciproce, așa că la prânz preferam să stau tăcut lângă un profesor. Iată de ce, în prima zi de după vacanța de sărbători din acel an, am auzit fără să vreau pe profesoara de spaniolă povestindu-i cu lux de amănunte profesoarei de franceză cum și-a petrecut vacanța în Manhattan cu prietenii și cum au luat toți un virus stomacal care i-a făcut să vomite abundent.[i]

Asta era mai mult decât puteam suporta în prima zi de după vacanță; am plecat de la școală, m-am dus acasă și mi-am ieșit din minți.

Lucruri pe care mi le amintesc din acea seară: aruncam obiecte prin casă și distrugeam tot ce-mi cădea în mână, în timp ce tata se lupta cu mine să mă potolesc; stăteam întins pe podea și dădeam cu pumnul în pământ, urlând atât de tare, încât făceam spume la gură țipând că mi-e frică și că nu mai pot și vreau să mor; tata, la telefon cu dr. L., a vorbit despre o eventuală internare (au fost menționate cămașa de forță și ambulanța); tata s-a dus la Corbett's, farmacia din zonă, și s-a întors cu doze de urgență de Valium (un tranchilizant minor din clasa benzodiazepinelor, despre care voi spune mai multe ceva mai departe) și Thorazine lichid (cunoscut atunci ca tranchilizant major, clasificat în prezent ca antipsihotic).

Throrazine avea un gust oribil. Dar îmi doream cu disperare să mă liniștesc, așa că l-am băut cu niște suc de portocale. În următoarele 18 luni am luat Thorazine tot timpul. Și mai târziu în acea

---

de perspectiva weekendului liber, când mi-a trecut prin minte gândul că *duminică seara toate astea o să înceapă din nou* și m-a cutremurat infinitatea chinului meu, gândul că serile de duminică – și diminețile de luni – se reîntorc etern, că doar moartea le va opri și că, la urma urmei, nu există nimic care să mă ajute să-mi depășesc groaza de lucrurile rele care se vor întâmpla.

[i]) Da, este un semn al intensității preocupării mele fobice că astăzi, după 30 de ani, încă îmi amintesc această conversație aproape cuvânt cu cuvânt.

săptămână am început să iau și imipramină, medicamentul triciclic care era antidepresivul standard înainte de apariția Prozacului la sfârșitul anilor '80.

În fiecare zi din următorii doi ani mama mi-a pus pe marginea farfuriei, la micul dejun și la cină, o pastilă mare și portocalie de Thorazine și mai multe pastile mai mici, verzi și albastre, de imipramină. Medicamentele îmi reduceau anxietatea îndeajuns cât să nu fiu internat. Dar cu un preț: când luam Thorazine eram amețit și deshidratat și mă învârteam de colo-colo cu gura uscată și emoții găunoase și degete care îmi zvâcneau, efect secundar comun produs de Thorazine, cunoscut ca dischinezie tardivă. Cu un an înainte să încep să iau Thorazine și imipramină, fusesem selecționat într-o echipă de elită de fotbal. Când m-am prezentat în toamna următoare în apatia indusă de Thorazine, antrenorilor nu le-a venit să creadă. Ce se întâmplase cu puștiul micuț care îi făcuse de rușine pe jucătorii mai mari driblând în cercuri în jurul lor? Acum aveau un față un puști tot scund, care se mișca lent, obosea ușor și se deshidrata imediat, și care în jurul buzelor avea încrustat mucus alb și vâscos.

Anxietatea persista chiar și când luam o grămadă de medicamente. Ajungeam la școală, dar apoi mă copleșea frica, ieșeam din clasă și mă duceam la cabinetul medical, unde o imploram pe asistentă să mă lase să plec acasă. Când simțeam că zidurile cabinetului erau prea sufocante pentru agitația mea ridicolă, asistenta se plimba binevoitoare cu mine în jurul școlii în timp ce încercam să mă liniștesc.[i]

---

[i]) La asta se adăuga faptul că în acea perioadă fobia mea de a nu vomita a metastazat într-o frică de înecare; am început să am dificultăți de înghițire. (Dificultatea de înghițire este un bine-cunoscut simptom al anxietății încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea și în prezent este denumită disfagie.) Mi-era frică să mănânc. Corpul meu de adolescent slab, și mai subțire din cauza bâțâielii nervoase, a ajuns emaciat. La școală nu mai mâncam la prânz. Cu cât îmi era mai greu să înghit, cu atât eram mai obsedat de dificultatea mea de înghițire și cu atât îmi era și mai greu să înghit. Curând a ajuns să-mi fie greu să înghit până și propria salivă. Stăteam la ora de istorie cu gura plină de scuipat,

Văzând că mă plimbam prin campus însoțit de asistentă când ar fi trebuit să fiu la ore, colegii mei firește că se întrebau ce e în neregulă cu mine. Mama unui fost prieten s-a întâlnit o dată cu mama și a întrebat-o dacă eram bolnav. Mama, eschivându-se, i-a spus că eram bine.

Dar nu eram bine; mi-era foarte rău. În fotografiile de atunci arăt cocoșat și abătut și bolnav, ca și cum m-aș fi strâns în mine însumi. Eram pe antipsihotice și antidepresive și tranchilizante, și făceam plimbări zilnice cu asistenta în loc să fiu la ore.

Nu știu dacă aș fi supraviețuit clasei a șaptea fără Thorazine și imipramină și Valium. Dar am făcut-o și, până la sfârșitul clasei a opta, suferința mea anxioasă s-a diminuat întru câtva. Dr. L. m-a înțărcat și nu am mai luat Thorazine. Dar din acea iarnă de acum treizeci de ani am tot luat un antipsihotic sau altul – și adesea două, trei sau mai multe în același timp –, mai mult sau mai puțin constant, ceea ce mă face un depozitar ambulant al modelor farmacologice de tratare a anxietății din ultima jumătate de veac.

Descoperirile farmaceutice au avut o importanță senzațională pentru a înțelege tulburarea psihiatrică și natura fundamentală a condiției umane: se pretindea că personalitățile noastre, intelectul nostru, însăși cultura noastră ar putea fi reduse la o mână de enzime.

— Edward Shorter, *Before Prozac* (*Înainte de Prozac*) (2009)

O scurtă perioadă în anii '80 am luat fenelzină, un inhibitor de monoaminooxidază sau IMAO (*monoamine oxidase inhibitor* – MAOI), cu denumirea comercială de Nardil. Experiența mea cu MAOI nu

---

îngrozit că dacă mi s-ar cere să vorbesc m-aș îneca cu propria salivă sau aș împroșca banca – sau amândouă. Am început să am tot timpul la mine șervețele Kleenex, salivând discret în ele ca să nu trebuiască să înghit. În fiecare zi până la prânz buzunarele mi se umpleau de șervețele ude care îmi îmbibau pantalonii și îi făceau să miroasă a salivă. Pe parcursul zilei șervețelele se dezintegrau și din buzunare începeau să-mi cadă bucățele de Kleenex îmbibate de scuipat.

Mai e de mirare că n-am avut decât o singură întâlnire în școala generală și liceu?

este nemaipomenit de bună. Nu mă simțeam mai puțin anxios – dar îmi făceam o grămadă de griji dacă aveam să mor din cauza efectelor secundare ale medicamentului. Asta pentru că MAOI pot avea efecte secundare periculoase, chiar mortale, în special când sunt combinate cu chestii greșite. Când pacienții care iau MAOI ingerează lucruri – cum ar fi vin și alte tipuri de băuturi obținute prin fermentație, brânză maturată, murături, unele tipuri de fasole și numeroase tipuri de medicamente care se vând fără rețetă – care conțin niveluri ridicate de tiramină, un derivat aminoacid, efectele asupra stării de sănătate pot fi grave: migrene puternice, icter, creșterea tensiunii arteriale și, în unele cazuri, hemoragie internă severă. Ceea ce înseamnă că se poate ca MAOI să nu fie ideale pentru oameni care, ca mine, sunt predispuși chiar și în cele mai bune circumstanțe la ipohondrie și anxietate provocată de posibile probleme de sănătate.

Din acest motiv, printre altele, deși există pacienți deprimați și anxioși pentru care tratamentul farmacologic cu MAOI rămâne cel mai eficient, de mai mulți ani aceste substanțe nu mai sunt considerate un tratament de linia întâi pentru tulburări de dispoziție.[i] Deși MAOI nu au jucat decât un rol minor în istoricul meu psihiatric, sunt importante pentru istoria științifică și culturală a anxietății, deoarece sunt printre primele medicamente legate direct de noua teorie neurochimică a tulburării psihice. La mijlocul secolului trecut, apariția MAOI, alături de introducerea imipraminei și a altor triciclice (despre care voi spune mai multe în curând), a contribuit la înțelegerea științifică modernă a depresiei și anxietății.

Originea MAOI se află în ultimii ani ai celui de-al Doilea Război Mondial, când forțele aeriene germane care bombardau Londra cu rachete V-2 au început să rămână fără combustibil convențional

[i]) După ce a încercat mai multe tratamente alternative, inclusiv terapia cu electroșocuri, romancierul David Foster Wallace a descoperit că Nardilul era cel mai eficient tratament pentru anxietatea și depresia lui. Renunțarea la Nardil în urma unei experiențe care pare să fi fost un efect secundar provocat de tiramină poate să fi dus la prăbușirea și, în 2008, la sinuciderea lui.[36]

și au ajuns să propulseze rachetele cu o substanță numită hidrazină. Hidrazina este otrăvitoare și explozivă, dar oamenii de știință au constatat că erau capabili să o modifice în moduri care ar fi putut avea aplicații medicale. După încheierea războiului, companiile farmaceutice au cumpărat rezervele de hidrazină la prețuri foarte mici. Investiția a dat roade. În 1951, cercetătorii de la Hoffmann-La Roche din Nutley, New Jersey, au descoperit că doi compuși obținuți din hidrazină, izoniazida și iproniazida, inhibă dezvoltarea tuberculozei. Au început să le testeze clinic. Până în 1952, izoniazida și iproniazida se găseau pe piață ca tratament pentru tuberculoză.

Însă aceste antibiotice au provocat un efect secundar neașteptat. În urma tratamentului, unii pacienți deveneau, după cum relatau ziarele, „ușor euforici" și dansau pe holurile secțiilor de tuberculoși. Citind aceste relatări, psihiatrii se întrebau dacă acest efect de îmbunătățire a dispoziției însemna că izoniazida și iproniazida puteau fi folosite ca tratamente psihiatrice. Într-un studiu realizat în 1956 la Spitalul Rockland State din New York, unor pacienți care sufereau de diferite tulburări psihiatrice li s-a administrat iproniazidă timp de cinci săptămâni; spre finalul acestei perioade, starea pacienților deprimați s-a ameliorat semnificativ. Nathan Kline, directorul de cercetare al spitalului, a observat ceea ce el numea un efect de „energizare psihică" și a început să prescrie iproniazidă pacienților melancolici în cabinetul său privat. Unii dintre acești pacienți, va spune el ulterior, au avut „o remisiune completă a tuturor simptomelor". Klein va declara mai târziu că iproniazida „a fost primul medicament din întreaga istorie a psihiatriei care a acționat într-un astfel de mod"[37]. În aprilie 1957, Hoffmann-La Roche a lansat pe piață iproniazidă sub denumirea comercială Marsilid, și despre asta s-a scris pe prima pagină din *The New York Times*. Marsilid a fost primul MAOI și unul dintre primele medicamente cunoscute ca antidepresive.

La jumătatea secolului trecut, istoria neuroștiințelor, în stadiul la care ajunsese, era scurtă. Cunoașterea modului de funcționare a creierului era primitivă. Se discuta aprig despre „scântei" și

„supă" – unii oameni de știință credeau că transmiterea impulsurilor între neuroni avea loc pe cale electrică, alții credeau că mecanismul era chimic.[38] „Când eram student la Cambridge", își amintește Leslie Iversen, profesor de farmacologie la Oxford despre timpul pe care l-a petrecut acolo în anii '50, „ne învățau [...] că nu există transmitere chimică în creier – că e doar o mașină electrică"[39].

La sfârșitul secolului al XIX-lea, fiziologii englezi făcuseră cercetări primitive asupra chimiei cerebrale. Abia în anii '20 a reușit Otto Loewi, profesor de farmacologie la Universitatea din Graz, Austria, să izoleze pentru prima dată un neurotransmițător, susținând într-un articol din 1926 că o substanță numită acetilcolină era ceea ce media transmiterea impulsurilor de la o terminație nervoasă la alta.[i]

Chiar și când Thorazine și Miltown se vindeau din ce în ce mai bine, conceptul de neurotransmițător – substanță care transmite impulsuri între celule nervoase – nu fusese bine stabilit.[ii] (Nici psihiatrii care dădeau rețete pentru aceste medicamente și nici chiar biochimiștii care le dezvoltau nu aveau în general idee de ce funcționau aceste medicamente.) Dar descoperirile a doi cercetători din Scoția au înclinat puternic balanța în favoarea „supei". În 1954, Marthe Vogt, specialist german în neuroștiințe de la Universitatea din Edinburgh, a găsit prima dovadă convingătoare a unui neurotransmițător – a noradrenalinei. Mai târziu în același an, John Henry Gaddum, coleg al lui Vogt, a descoperit printr-o serie de experimente neortodoxe că serotonina, despre

---

[i]) Este celebru faptul că Loewi a susținut că a conceput acest experiment, care presupunea creșterea și reducerea pe cale artificială a pulsului unor broaște, într-un vis pe care l-a avut de Paște, în 1923. A însemnat entuziasmat experimentul pe o foaie de pe noptieră – doar ca să descopere la trezire că nici nu-și amintea visul, nici nu putea să descifreze propriul scris. Din fericire, a visat același experiment în noaptea următoare. De data asta și l-a amintit, l-a realizat și a demonstrat pentru prima dată baza chimică a transmiterii nervoase – cercetare pentru care ulterior i se va înmâna Premiul Nobel.

[ii]) Otto Loewi și alții descoperiseră dovezi semnificative că neurotransmițători ca noradrenalina se găseau în fluxul sangvin – dar nimeni nu reușise să izoleze vreunul la nivel cerebral.

care până atunci se credea că este un compus secretat la nivelul intestinelor și implicat în digestie, este tot un neurotransmițător.[i] Gaddum a luat LSD – despre care a spus că l-a făcut să se simtă nebun timp de 48 de ore și care, conform măsurătorilor de laborator, a determinat reducerea nivelului metaboliților de serotonină din lichidul cefalorahidian.[40] Concluzia lui generală: serotonina contribuie la sănătatea mintală – așadar, o deficiență de serotonină poate provoca o boală psihică. S-a născut astfel teoria sănătății mintale bazate pe neurotransmițători. Aceasta avea să determine schimbări profunde ale perspectivei științifice și culturale asupra anxietății și depresiei.

Nu poți [...] să-i smulgi
Din amintire-un chin cu rădăcină,
Din gând să ștergi întipărita-i grijă, și prin vreun dulce de-al uitării leac
S-o ușurezi de-amenințarea grea
Ce inima-i apasă?

— William Shakespeare, *Macbeth* (cca 1606)[a]

Bernard „Stev" Brodie își construise reputația de biochimist producând medicamente antimalarie în timpul celui de-al Doilea Război Mondial. Când Thorazine și Miltown au intrat pe piață în anii

[i]) O scurtă istorie a primelor cercetări asupra serotoninei: în 1933, cercetătorul italian Vittorio Erspamer a izolat un compus chimic din stomac pe care l-a numit enteramină, pentru că părea să fie implicat în contracțiile intestinale ale digestiei. În 1947, doi fiziologi americani care studiau hipertensiunea la Clinica Cleveland au găsit enteramină în trombocite. Observând că enteramina determina contracția vaselor de sânge, au redenumit acest compus serotonină (*sero* pentru „sânge", din latinescul *serum*, și *tonin* pentru tonus, din cuvântul elin *tonikos*, tonic). În 1953, când cercetătorii au descoperit pentru prima dată urme de serotonină în creier, încă mai credeau că acesteau nu erau decât reziduuri care fuseseră transportate prin fluxul sangvin din stomac. Abia în anii următori a devenit evident rolul de neurotransmițător al serotoninei.

[a]) William Shakespeare, *Macbeth*, în *Henric al V-lea, Hamlet, Othello, Macbeth, Poveste de iarnă*, trad. de Ion Vinea, București, Univers, 1971, p. 583 (n. tr.).

'50, el conducea un laborator la Institutul Național de Cardiologie din cadrul Institutului Național de Sănătate (National Institutes of Health – NIH) din Bethesda, Maryland. În următorii zece ani, acel laborator va revoluționa psihiatria.

Experimentele fundamentale au fost cele cu reserpină. Extrasă din planta *Rauwolfia serpentina* (rădăcina seamănă cu un șarpe), reserpina s-a folosit peste 1000 de ani în India, unde se lua pentru orice, de la tensiune arterială ridicată și insomnie la mușcături de șarpe și colici. Dar fusese folosită întru câtva cu succes, conform unor scrieri indiene, pentru tratarea „nebuniei". Reserpina nu primise multă atenție în Occident. Însă când Thorazine a produs efecte atât de spectaculoase, directorii de la Squibb s-au întrebat dacă reserpina ar putea concura cu acesta. L-au finanțat pe Nathan Kline, care a testat compusul pe un grup de pacienți de la Spitalul Rockland State: starea unora dintre ei s-a îmbunătățit semnificativ și câțiva descriși în raport ca „debilitați" de anxietate au ajuns suficient de relaxați încât să se externeze și să revină la viețile lor.

Asta a dus la un studiu mult mai vast. În 1955, Paul Hoch, comisarul Departamentului de igienă mintală din New York, a aranjat cu guvernatorul W. Averell Harriman să se acorde fonduri de 1,5 miliarde de dolari pentru administrarea de reserpină *fiecăruia* dintre cei 94.000 de pacienți din toate spitalele psihiatrice ale statului.[41] (Reglementările FDA nu ar permite niciodată ca un astfel de studiu să se desfășoare în prezent.) Rezultate: reserpina a funcționat pentru unii pacienți, dar nu chiar la fel de bine ca Thorazine – și a provocat efecte secundare grave, uneori mortale. În mare, clinicienii au respins-o sub aspectul eficienței psihiatrice.

Dar nu înainte ca Steve Brodie și colegii săi de la NIH să fi folosit reserpina pentru a stabili o legătură clară între biochimie și comportament. Inspirat de descoperirea lui John Gaddum în privința relației dintre LSD și serotonină, Brodie a administrat reserpină iepurilor pentru a vedea ce se întâmplă cu nivelul lor de serotonină.[42] A descoperit două lucruri interesante: administrarea de reserpină iepurilor determina scăderea nivelului de serotonină din creierul lor, iar acest lucru părea să-i facă pe iepuri să fie „letar-

gici" și „apatici", o imitare a comportamentului oamenilor pe care astăzi i-am numi deprimați. Mai mult, Brodie și colegii săi au descoperit că puteau induce și diminua comportamentul „deprimat" al iepurilor prin manipularea nivelului lor de serotonină. Articolul[43] publicat de Brodie în 1955 în revista *Science*, în care expunea aceste descoperiri, a fost primul care a făcut legătura între nivelul unui anumit neurotransmițător și modificări comportamentale în cazul unor animale. După cum va spune mai târziu un istoric al medicinei, Brodie a construit un pod între neurochimie și comportament.[44]

Cercetarea asupra reserpinei realizată de Brodie s-a intersectat în moduri interesante cu ceea ce psihiatrii descopereau atunci despre MAOI. Într-o versiune întru câtva suprasimplificată, cercetătorii din anii '50 tocmai descopereau că neurotransmițătorii sunt trimiși de neuroni „ascendenți" prin sinapse – spațiile foarte mici dintre celulele nervoase – în scopul activării neuronilor „descendenți". Fiecare neurotransmițător trece rapid de la un neuron la următorul, unde se atașează de un receptor – imaginea sa moleculară în oglindă – din membrana neuronului. De fiecare dată când unul dintre acești neurotransmițători intră în contact cu receptorul său din neuronul postsinaptic (serotonina se atașează de receptorii de serotonină, noradrenalina de receptorii de noradrenalină), forma acestui neuron se schimbă: membrana devine poroasă, permițând trecerea în interior a atomilor din afara neuronului, ceea ce provoacă o schimbare bruscă a încărcării electrice a neuronului. Această modificare determină activarea neuronului, care secretă propriii neurotransmițători în sinapsele din jur. Acești neurotransmițători ajung apoi la receptorii altor neuroni. Activitatea aceasta în cascadă – activarea neuronilor, secreția de neurotransmițători care activează alți neuroni – printr-o sută de miliarde de neuroni și prin trilioanele de sinapse din creierul nostru stă la baza emoțiilor, percepțiilor și gândurilor noastre. În moduri pe care oamenii de știință încă se străduiesc să le înțeleagă, neuronii și neurotransmițătorii sunt materia fizică a emoțiilor și gândurilor noastre.

Primele cercetări asupra iproniazidei au arătat că acest antibiotic dezactiva o enzimă numită monoaminoxidază (MAO), a cărei funcție este să descompună și să elimine serotonina și noradrenalina care se acumulează în sinapse. După ce un neurotransmițător este secretat în sinapsă, de obicei este înlăturat rapid de MAO, ceea ce permite desfășurarea următoarei transmiteri. Dar „inhibarea" enzimei monoaminoxidază de către iproniazidă îi permite neurotransmițătorului să rămână o perioadă mai lungă la nivelul neuronilor. Conform teoriei lui Brodie, acumularea acestor neurotransmițători în sinapse explică efectele antidepresive ale iproniazidei. Bineînțeles, dacă iepurilor li se administra iproniazidă înainte de reserpină, aceștia nu deveneau letargici, așa cum se întâmpla în cazul celorlalți. Brodie și colegii săi au ajuns la concluzia că iproniazida împiedica „depresia" iepurilor prin faptul că determina creșterea nivelului de noradrenalină și serotonină din sinapsele lor.

Acesta a fost momentul în care industria farmaceutică a avut ideea să vândă medicamente psihiatrice promovându-le ca produse de corectare a unor „dezechilibre chimice" sau a unor deficiențe ale anumitor neurotransmițători. În 1957, într-una dintre primele reclame la iproniazidă, Hoffmann-La Roche prezenta acest medicament ca „inhibitor de monoaminoxidază care modifică metabolismul serotoninei, adrenalinei, noradrenalinei și al altor amine"[45].

Cercetări asupra unui alt nou medicament au confirmat această idee. În 1954, Geigy, o companie farmaceutică elvețiană, a modificat structura chimică a Thorazine pentru a crea noul compus G22355, pe care l-a numit imipramină, primul medicament triciclic. (Structura chimică a substanțelor din această categorie este sub formă de trei cercuri.) Roland Kuhn, un psihiatru elvețian care încerca să dezvolte un somnifer mai bun, a administrat imipramină unora dintre pacienții săi. Dat fiind că Thorazine și imipramina erau similare din punct de vedere chimic (doar doi atomi sunt diferiți), Kuhn a presupus că imipramina, la fel ca Thorazine, va avea un efect de sedare. Nu a avut: în loc să adoarmă pacienții,

imipramina le-a dat energie și le-a îmbunătățit dispoziția afectivă. În 1957, după ce a tratat peste 500 de pacienți cu imipramină, Kuhn a trimis un articol la Congresul Internațional al Psihiatrilor din Zürich, în care raporta că starea până și a pacienților profund deprimați s-a îmbunătățit considerabil după câteva săptămâni în care au luat acest medicament. Starea lor psihică s-a ameliorat, nivelul lor de energie a crescut semnificativ, au dispărut „ideile delirante de ipohondrie" și „inhibiția lor generală" s-a risipit. „Adeseori vindecarea este completă, suferinzii și rudele lor confirmând faptul că de mult nu se mai simțiseră atât de bine"[46], a declarat el. În 1958, Geigy a scos imipramina de la naftalină și a adus-o pe piața europeană sub denumirea comercială Tofranil.[i]

În ziua în care imipramina a fost lansată în SUA, 6 septembrie 1959, *The New York Times* a publicat un articol cu titlul „Drugs and Depression" („Medicamentele și depresia"), în care se vorbea și despre Marsilid (iproniazidă, primul MAOI), și despre Tofranil (imipramină, primul triciclic). Ziarul numea aceste medicamente

---

[i]) S-ar fi putut ca imipramina să nu fi ajuns niciodată în farmacii – și se poate ca istoria psihiatriei biologice să fi fost destul de diferită – dacă nu s-ar fi întâmplat un alt accident istoric.[47] Prezentarea lui Kuhn de la Congresul Internațional de Psihiatrie a fost întâmpinată, după cum a spus el, „cu o doză considerabilă de scepticism" din cauza „perspectivei aproape exclusiv negative de până atunci a tratării medicamentoase a depresiei". De fapt, dezinteresul psihiatrilor față de medicamente era atât de mare, încât numai 12 oameni au participat la prezentarea lui Kuhn de la Zürich. (Această prezentare a devenit la fel de cunoscută ca Discursul de la Gettysburg al lui Abraham Lincoln – nu prea luată în seamă în acel moment, dar destinată să ajungă clasică.) Nici Geigy nu a fost impresionată. Compania împărtășea scepticismul psihiatrilor în privința unui medicament care ar fi putut trata o tulburare afectivă. Nu-și făcea planuri să vândă imipramină. Dar s-a întâmplat ca într-o zi, la o conferință de la Roma, Kuhn să-l întâlnească pe Robert Bohringer, un acționar puternic la Geigy. Când Geigy a menționat că avea la Geneva o rudă cu o melancolie profundă, Kuhn i-a dat un flacon de imipramină. Acea persoană și-a revenit după câteva zile de când începuse să ia medicamentul.

„Kuhn are dreptate", le-a spus Bohringer directorilor de la Geigy. „Imipramina *este* un antidepresiv."

Directorii de la Geigy au cedat și au lansat medicamentul pe piață.

„anti-depresive" – se pare că aceasta este prima utilizare a termenului în presă și în cultura populară.

Deși conform unor estimări, numărul americanilor care iau astăzi medicamente antidepresive este de peste 40 de milioane, până în 1957, când Roland Kuhn a vorbit la Congresul Internațional de Psihiatrie, nu se discutase niciodată de vreun antidepresiv. Conceptul pur și simplu nu exista. Substanțele MAOI și triciclicele au creat o nouă categorie de medicamente.

La începutul anilor '60, Julius Axelrod, biochimist la NIH și veteran al laboratorului lui Steve Brodie, a început să identifice efectele imipraminei asupra diverselor substanțe chimice din creier. Axelrod a descoperit că imipramina blochează recaptarea noradrenalinei în sinapse. (Câțiva ani mai târziu a descoperit că blochează și recaptarea serotoninei.) Axelrod a teoretizat că efectul antidepresivelor asupra recaptării noradrenalinei este ceea ce explică îmbunătățirea dispoziției afective și ameliorarea depresiei. Aceasta a fost o idee revoluționară: dacă imipramina blochează recaptarea noradrenalinei și dacă îi face pe pacienți mai puțin anxioși și deprimați, asta înseamnă că trebuie să existe o corelație între noradrenalină și sănătatea mintală. Marsilid sau Tofranil – sau, la drept vorbind, cocaina, care are un efect asemănător – păreau să vindece anxietatea și depresia prin creșterea nivelului de noradrenalină din sinapse, amânând recaptarea în neuroni.

Aproximativ în aceeași perioadă, Joseph Schildkraut, psihiatru la Centrul de Sănătate Mintală Massachusetts, credea că anxietatea și psihonevroza erau provocate de traume timpurii sau de conflicte psihice nerezolvate și, așadar, cel mai eficient tratament era psihoterapia freudiană. Apoi le-a administrat imipramină câtorva dintre pacienții săi. „Aceste medicamente mi se par magice"[48], va spune el mai târziu. „Am înțeles că exista o lume nouă, o lume a psihiatriei bazată pe informații farmacologice." În 1965 a publicat un articol[49] în *The American Journal of Psychiatry*, „The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of the Supporting Evidence" („Ipoteza efectului catecolaminei asupra

tulburărilor afective: o evaluare a dovezilor care o susțin"); elaborând pe baza descoperirilor lui Steve Brodie și Julius Axelrod, el susținea că depresia e provocată de niveluri cerebrale ridicate de catecolamine, hormonii care determină răspunsul de tipul luptă-sau-fugă (cum ar fi noradrenalina), secretați de glandele suprarenale în perioadele de stres. Articolul lui Schildkraut a devenit unul dintre cele mai citate articole științifice din istoria psihiatriei și a consacrat teoria dezechilibrului chimic care stă la baza anxietății și depresiei, teorie centrală în acest domeniu.

Se construise primul pilon al psihiatriei biologice. Modelul psihiatric freudian încercase să trateze anxietatea și depresia prin rezolvarea conflictelor psihice inconștiente. Odată cu apariția antidepresivelor, bolile mintale și tulburările afective au început să fie atribuite într-o măsură din ce în ce mai mare defecțiunilor anumitor sisteme de neurotransmițători: se considera că schizofrenia și dependența de droguri sunt provocate de probleme ale sistemului dopaminergic; depresia ar fi efectul hormonilor de stres secretați de glandele suprarenale; anxietatea ar fi produsă de defecte ale sistemului serotoninergic.

Însă nu apăruse încă efectul cel mai important al farmacologiei asupra istoriei anxietății, începând cu studiile asupra imipraminei, care vor schimba modul în care instituția psihiatrică va înțelege anxietatea.

CAPITOLUL 6

O scurtă istorie a panicii, sau cum medicamentele au creat o nouă tulburare

Un astfel de atac de angoasă constă fie numai din sentimente de angoasă fără vreo reprezentare asociată, fie cuprinde și o interpretare de ordinul evidenței în direcția unui pericol de moarte, sau de nebunie, unui leșin iminent, [...] sau senzația de angoasă este legată de tulburarea uneia sau mai multor funcțiuni somatice, respirația, activitatea cardiacă, inervația vasomotorie... Pacientul culege când un factor, când un altul, el se plânge de „gheară pe inimă", „dificultate în respirație", „valuri de sudoare" ș.a.m.d. — Sigmund Freud, „Despre motivele care îndreptățesc izolarea unui complex de simptome din neurastenie sub numele de «Nevroză de angoasă»", (1895)[a]

Cauzele tulburărilor mintale sunt modificările chimice la nivel cerebral [...]. Nu mai este necesară diferențierea [...] între minte și corp sau între boli mintale sau fizice. Bolile mintale sunt boli fizice.

— David Satcher, ministrul sănătății din SUA (1999)

Într-o zi eram la birou și citeam un e-mail când am început să am o senzație vagă, la periferia conștiinței, că mi-e puțin cald.

S-a încălzit aici? Conștiința mecanismelor corpului meu ajunge brusc în centrul minții mele.

Am febră? Mă îmbolnăvesc? O să leșin? O să vomit? O să fiu debilitat într-un fel sau altul înainte să scap sau să cer ajutor?

Scriu o carte despre anxietate. Mustesc de cunoașterea fenomenului panicii. Știu atâta cât poate ști un profan despre neuromecanica unui atac. Am avut mii de asemenea atacuri. Credeți pesemne că această cunoaștere și experiență ar putea ajuta. E

[a]) Vezi Sigmund Freud, *Opere esențiale*, vol. 6, trad. de Roxana Melnicu, Editura Trei, București, 2010, p. 33 (n. tr.).

adevărat că uneori ajută. Recunoscând rapid simptomele unui atac de panică, pot câteodată să-l împiedic sau măcar să-l limitez la ceea ce este cunoscut ca atac de panică cu simptomatologie limitată. Dar, prea adesea, dialogul meu interior se desfășoară cam așa:

E doar un atac de panică. Ești bine. Relaxează-te.

Dar dacă nu e un atac de panică? Dacă de data asta chiar sunt bolnav? Dacă fac infarct sau am un atac cerebral?

Întotdeauna e un atac de panică. Fă-ți exercițiile de respirație. Rămâi calm. Ești bine.

Dar dacă nu sunt bine?

Ești bine. De fiecare dată în ultimele 782 de ori când ai avut un atac de panică și ai crezut că s-ar putea să nu fie un atac de panică a fost doar un atac de panică.

Bine. Mă relaxez. Inspir și expir. Repet gândurile calmante pe care le-am învățat din înregistrările de meditație. Dar doar pentru că ultimele 782 de ori au fost atacuri de panică nu înseamnă că și a 783-a e tot un atac de panică, nu? Mă doare burta.

Ai dreptate. Să ieșim de-aici.

Când sunt la birou și îmi trece prin cap ceva asemănător acestei secvențe de gânduri, de la senzația că mi-e puțin cald ajung să simt că ard. Încep să transpir. Încep să am furnicături în partea stângă a feței, după care amorțește. (*Vezi*, îmi spun, *poate* chiar *am un atac cerebral!*) Simt o apăsare în piept. Devin dintr-odată conștient că luminile fluorescente din biroul meu aduc puțin cu un stroboscop și pâlpâie amețitor. Am o senzație teribilă de instabilitate vertiginoasă, ca și cum mobila din birou începe să se miște, ca și cum sunt pe cale să plonjez pe podea. Mă apuc de mânerele scaunului ca să-mi mențin echilibrul. Pe măsură ce devin din ce în ce mai amețit și biroul se învârte în jurul meu, mediul fizic nu mai pare foarte real; e ca și cum între mine și lume s-a așternut un văl.

Gândurile mi se-nvârt în cap, dar cele mai clare sunt: *O să vomit. O să mor. Trebuie să plec de-aici.*

O zbughesc clătinându-mă de pe scaun, transpirând abundent. Nu mă gândesc decât să scap – să ies din birou, din clădire, din

situația asta. Dacă o să am un atac cerebral sau o să vomit sau o să mor, vreau să fiu afară. O s-o iau la sănătoasa.

Sperând cu disperare că nu o să mă abordeze nimeni în drum spre scări, deschid ușa și merg repede spre zona lifturilor. Împing ușa care dă spre scări și, simțindu-mă puțin ușurat că am ajuns până aici, încep să cobor cele șapte etaje. Când ajung la etajul trei picioarele încep să-mi tremure. Dacă aș gândi rațional – dacă aș putea să-mi calmez amigdala și să-mi folosesc mai bine neocortexul – aș ajunge la concluzia corectă că acest tremor este rezultatul firesc al răspunsului de tipul luptă-sau-fugă produs de sistemul nervos autonom (care face mușchii scheletici să tremure) combinat cu efectele oboselii fizice. Dar, în loc de asta, ajuns prea departe în logica panicii catastrofizante pentru a mai putea accesa creierul rațional, ajung la concluzia că tremurul picioarelor este un simptom al colapsului fizic total și că acum chiar urmează să mor. În timp ce cobor ultimele două etaje mă întreb dacă voi reuși să o sun pe soția mea și să-i spun că o iubesc, cerându-i să trimită ajutoare înainte să-mi pierd cunoștința și, poate, să mor.

Ușa spre exterior este închisă. Ar trebui ca detectoarele de mișcare să știe că vii din interior și să o deschidă automat. Dintr-un motiv sau altul, poate pentru că mă mișc prea repede, nu se activează. Mă izbesc de ușă și sunt aruncat înapoi, aterizând pe spate.

M-am lovit de ușă atât de tare, încât s-a dislocat cadrul de plastic din jurul semnului roșu care indică ieșirea. Îmi cade în cap cu un sunet înfundat, după care se lovește zgomotos de podea.

Auzind vacarmul, paznicul din holul clădirii își bagă capul prin ușa care dă spre scări și mă descoperă pe jos, amețit, cu cadrul semnului de ieșire lângă mine.

— Ce se întâmplă aici? întreabă el.

— Sunt bolnav, răspund eu, și cine ar putea să susțină că nu aș fi?

Grecii antici credeau că Pan, zeul naturii, domnea peste ciobani și peste turmele pe care le pășteau. Pan era un zeu nobil: scund și urât, avea picioare scurte de capră și îi plăcea să doarmă în peșteri

sau în tufişuri de la marginea drumului. Dacă îl trezea vreun trecător, scotea un strigăt care-i îngheţa sângele în vine şi îi ridica părul măciucă oricui îl auzea. Ţipătul lui Pan, se spunea, îi făcea pe călători să cadă morţi de frică. Pan îi îngrozea până şi pe ceilalţi zei. Când Titanii au luat cu asalt muntele Olimp (după cum spune mitul), Pan le-a adus înfrângerea semănând frică şi confuzie în rândurile lor. Grecii îi atribuiau lui Pan şi victoria lor în bătălia de la Maraton din 490 î.Cr., unde se spune că a semănat neliniştea în inima duşmanilor persani. Experienţa groazei bruşte – în special în locuri aglomerate – a ajuns cunoscută drept panică (din grecescul *panikos*, care, literal, înseamnă „a lui Pan").

Oricine a trecut prin chinurile unui atac de panică ştie ce tortură poate provoca – fiziologică şi emoţională. Palpitaţiile. Transpiraţiile. Tremorul. Respiraţia întretăiată. Senzaţia de sufocare şi apăsare în piept. Greaţa şi disconfortul gastric general. Ameţeala şi înceţoşarea privirii. Senzaţiile de furnicături din extremităţi (termenul medical este „parestezie"). Senzaţiile de frig şi de cald. Sentimentul damnării şi al groazei existenţiale care se cască să te înghită.[i]

David Sheehan, psihiatru care a studiat şi a tratat anxietatea timp de patruzeci de ani, spune o poveste care ilustrează cât de îngrozitoare poate fi experienţa panicii. În anii '80, un veteran al celui de-al Doilea Război Mondial, unul dintre primii infanterişti care au debarcat în Normandia în Ziua Z, a venit la Sheehan solicitând terapie pentru atacuri de panică. Sheehan l-a întrebat dacă experienţa asaltului pe plaja din Normandia, când în jurul lui zburau şi cădeau gloanţe şi sânge şi cadavre – când perspectiva de a fi rănit sau a muri el însuşi era foarte probabilă –, nu era mai înfricoşătoare şi mai mizerabilă decât un atac de panică în timpul cinei, oricât de răvăşit s-ar fi putut simţi din cauza circuitelor

[i]) Am citat zece dintre cele 13 criterii din *DSM* ale atacului de panică; celelalte trei sunt sentimente de depersonalizare şi derealizare, frica de a pierde controlul sau de a înnebuni şi frica de moarte. Conform *DSM*, pentru diagnosticul de atac de panică este necesară manifestarea a cel puţin patru dintre aceste 13 simptome.

nevrotice ale propriei minți. Deloc, a răspuns omul. „Anxietatea pe care a resimțit-o în timpul asaltului a fost moderată în comparație cu groaza pură a unuia dintre atacurile sale grave de panică"[1], relatează Sheehan. „Dacă ar putea să aleagă între cele două, ar alege bucuros să debarce în Normadia."

Astăzi, atacurile de panică sunt parte integrantă a medicinei și culturii populare. 11 milioane de americani vor fi la un moment dat, asemenea mie, diagnosticați formal cu tulburare de panică. Și totuși, până în 1979, nici atacurile de panică, nici tulburarea de panică nu existau oficial. De unde au apărut aceste concepte?

Imipramină.

În 1958, Donald Klein era un tânăr psihiatru la Spitalul Hillside din New York. Când imipramina a apărut pe piață, el și un coleg au început să o administreze aleatoriu unui număr de aproape 200 de pacienți aflați în îngrijirea lor la Hillside. „Am presupus că era un fel de supercocaină și că o să-i scoată pe pacienți din rutina lor"[2], își amintește Klein. „În mod remarcabil, acești pacienți anhedonici, anorexici, insomniaci au început după câteva săptămâni să doarmă mai bine, să mănânce mai bine, [...] spunând că «vălul s-a ridicat»."

Ceea ce i-a stârnit cel mai mult interesul lui Klein a fost că 14 dintre acești pacienți – care suferiseră anterior episoade acute intermitente de anxietate caracterizată de „respirație rapidă, palpitații, slăbiciune și un sentiment de moarte iminentă" (simptome a ceea ce se numea, în tradiția freudiană, nevroză de angoasă) – au avut o remisiune semnificativă sau totală a anxietății.[3] Un pacient i-a atras în mod special atenția lui Klein. Obișnuia să alerge speriat în camera asistentelor și să le spună că se temea că urmează să moară. O asistentă îl lua de mână și îi vorbea liniștitor și în câteva minute atacul trecea. Asta se repeta la câteva ore. Thorazine nu funcționase în cazul lui. Dar după ce pacientului i s-a administrat imipramină timp de câteva săptămâni, asistentele au observat că obișnuitele vizite panicate au încetat. Pacientul

încă acuza un nivel general înalt de anxietate *cronică*, dar episoadele *acute* dispăruseră complet.

Asta l-a pus pe gânduri pe Klein. Faptul că imipramina putea bloca anxietatea paroxistică fără să suprime anxietatea generală sau îngrijorarea cronică sugera că era ceva în neregulă cu teoria dominantă a anxietății.

În perioada 1880–1890, când Freud și-a pus pe ușa cabinetului semnul „doctor de nervi" , cel mai frecvent diagnostic pentru pacienții care veneau la el și la medicii cu aceeași specializare era neurastenia, termen pe care medicul american George Miller Beard l-a popularizat ca însemnând un amestec de frică, îngrijorare și oboseală provocat de stresul antrenat de Revoluția Industrială. Se considera că principala cauză a neurasteniei era suprasolicitarea nervoasă produsă de presiunile vieții moderne; remediile prescrise pentru această „oboseală a nervilor" erau „revitalizanți de nervi" – leacuri ca stimularea electrică ușoară sau elixiruri cu opiu, cocaină sau alcool. Dar Freud era convins că sentimentul de groază și îngrijorare observat la pacienții neurastenici pe care îi consulta nu își avea rădăcina în oboseala nervilor, ci în probleme ale psihicului care puteau fi rezolvate prin psihanaliză.

În 1895, Freud a scris un articol despre nevroza de angoasă, afecțiune pe care a încercat să o diferențieze de neurastenie și ale cărei simptome, așa cum le-a descris el, sunt destul de asemănătoare cu criteriile *DSM-V* pentru tulburarea de panică: ritm cardiac rapid sau neregulat, hiperventilație și tulburări de respirație, transpirații, tremor sau frisoane, amețeală, tulburări gastrointestinale și sentimentul de moarte iminentă pe care el îl numea „așteptare anxioasă".

Nimic din toate acestea nu a contrazis neapărat ceva din ce a aflat mai târziu Donald Klein în experimentele sale cu imipramină. Dar asta pentru că, în 1895, Freud considera încă nevroza de angoasă ca fiind produsul nu al unei „idei refulate" (despre care credea că se afla la baza majorității psihopatologiilor), ci al unei forțe biologice. În aceste prime scrieri, Freud teoretiza că nevroza de angoasă era rezultatul fie al unei predispoziții genetice (teorie

susținută de cercetările moderne de genetică moleculară), fie al unei tensiuni fiziologice acumulate – în special, conform imaginii conturate de Freud, al tensiunii provocate de dorința sexuală neîmplinită.

Însă în multe dintre scrierile sale ulterioare (începând cu *Studii despre isterie* din aceeași perioadă), Freud a susținut că atacurile de anxietate – chiar și cele care se manifestau prin simptome fizice acute – erau provocate de conflicte psihice nerezolvate și adesea inconștiente. Timp de aproape 30 de ani, Freud a abandonat efectiv argumentul că atacurile de anxietate erau o problemă biologică. El și discipolii săi au înlocuit nevroza de angoasă cu nevroza simplă – o problemă provocată de un dezacord psihic, nu de gene sau biologie. La mijlocul secolului trecut, consensul psihiatric era că anxietatea este rezultatul unui conflict între dorințele sinelui [*id*] și refulările supraeului – și că, astfel, anxietatea constituie baza majorității tulburărilor mintale, de la schizofrenie la depresia psihonevrotică. Unul dintre principalele scopuri ale psihanalizei – și ale celor mai multe forme de terapie prin vorbire – era de a ajuta pacientul să devină conștient și să se împace cu anxietatea fundamentală împotriva căreia fuseseră activate toate acele „apărări ale eului" dezadaptative. Klein își va aminti mai târziu că „teoria psihiatrică predominantă în America era că toate psihopatologiile erau secundare anxietății, cauzată la rândul ei de conflictul intrapsihic"[4].

Dar aceste lucruri nu erau compatibile cu ceea ce Klein a descoperit în studiile sale cu imipramină. Dacă anxietatea era forța din spatele tuturor psihopatologiilor, atunci de ce imipramina – care părea să elimine panica pacienților cu nevroză de angoasă – nu ajuta schizofrenicii cu psihozele lor? Poate, s-a aventurat Klein, nu toate bolile mintale sunt pe spectrul anxietății, așa cum au crezut freudienii.

Teoria spectrului anxietății susținea că ceea ce determina gravitatea unei tulburări mintale era intensitatea anxietății subiacente: anxietatea moderată ducea la psihonevroză și la diverse comportamente nevrotice; anxietatea severă ducea la schizofrenie

sau la boala maniaco-depresivă. Pentru mulți freudieni tradiționaliști, contextul – cum ar fi podurile sau lifturile sau avioanele – care tindea să provoace atacuri acute de anxietate avea o semnificație simbolică și adesea sexuală care explica anxietatea pe care o provocau.

Prostii, a spus Klein. Trauma din copilărie sau refularea sexuală nu provoacă panică; o defecțiune biologică poate face asta.

Klein a tras concluzia că aceste atacuri de anxietate paroxistică – pe care le va numi atacuri de panică – își au originea într-o eroare a biologiei care provoacă o reacție sufocantă de alarmă, sintagma folosită de el pentru a desemna cascada activității fiziologice care duce, printre altele, la ceea ce este resimțit ca atac spontan de teroare copleșitoare. Ori de câte ori cineva începe să simtă că se asfixiază, monitoarele fiziologice interne detectează problema și trimit semnale către creier, provocând o activare intensă, senzația de sufocare și necesitatea de a fugi – un mecanism adaptativ de supraviețuire. Dar unii oameni, conform teoriei lui Klein a alarmei false de sufocare, au monitoare defecte care uneori se activează chiar dacă individul primește suficient oxigen. Asta face persoana să aibă simptomele fizice care alcătuiesc atacul de anxietate. Sursa panicii nu este conflictul psihic, ci conexiuni fiziologice greșite – circuite pe care imipramina le repară cumva. Informațiile lui Klein sugerează că imipramina elimină atacurile spontane de anxietate la majoritatea pacienților afectați.

Când Klein a publicat în 1962 un raport[5] inițial despre imipramină în *The American Journal of Psychiatry*, acesta a fost primit, după cum își amintește, „ca proverbialul balon de plumb"[6]. Articole[7] ulterioare, publicate în următorii câțiva ani, în care susținea că tulburarea de panică constituie o tulburare diferită de anxietatea cronică, au fost receptate cu o neîncredere similară. Era atacat din toate părțile și acuzat de apostazie. Dar pentru că imipramina părea să vindece atacurile de panică fără să afecteze sentimentele de aprehensiune generală și nevrozele, Klein a rămas convins că atacurile de panică au simptome și cauze fiziologice diferite ca tip, nu doar ca grad, de alte forme de anxietate.

Deşi nu asta îşi propusese, Klein a reuşit ceea ce este cunoscut ca prima disecţie farmacologică: pornind de la efectele unui medicament şi parcurgând calea inversă, a definit o nouă categorie nosologică, delimitând atacul de panică de anxietatea generală care se presupunea că ar sta la baza nevrozelor freudiene.

Disecţia farmacologică a anxietăţii realizată de Klein a fost întâmpinată cu o ostilitate enormă de colegii săi. La o conferinţă din 1980, chiar când publicarea *DSM-III* confirma existenţa tulburării de panică, prezentarea lui Klein despre modul în care răspunsul de alarmă la sufocare antrena atacul de panică a fost urmată imediat de o prelegere susţinută de John Nemiah, multă vreme editor al prestigioasei *American Journal of Psychiatry*. Contrazicându-l pe Klein, Nemiah afirma că atacul de panică nu avea nimic de-a face cu un răspuns de alarmă la sufocare sau cu probleme de configuraţie biologică, ci era mai degrabă „reacţia eului individului [...] la ameninţarea conştientizării impulsurilor, sentimentelor şi gândurilor neplăcute, interzise, nedorite, înfricoşătoare"[8].

Deşi teoria lui Klein a fost întru câtva adoptată oficial de psihiatria americană începând din 1980, este în continuare controversată. Dr. W., terapeutul meu din prezent, doctor în psihologie care şi-a făcut studiile în anii '60, deplânge faptul că munca lui Klein a dus la o schimbare fundamentală a modului în care gândim bolile mintale, provocând trecerea de la modelul dimensional, predominant în epoca *DSM-II*, la modelul categorial instaurat odată cu publicarea *DSM-III* în 1980. Conform modelului dimensional, depresia, nevroza, psihonevroza, tulburarea de panică, anxietatea generală, anxietatea socială, tulburarea obsesiv-compulsivă ş.a.m.d. există toate de-a lungul unui spectru şi au aceeaşi rădăcină în ceea ce Freud numea conflicte intrapsihice (sau ceea ce dr. W. numeşte „răni ale sinelui"). Conform modelului categorial, aşa cum apare în *DSM* începând cu a treia ediţie, depresia, tulburarea de panică, anxietatea generală, anxietatea socială, tulburarea obsesiv-compulsivă ş.a.m.d. constituie categorii distincte, delimitate pe baza unor grupuri de simptome considerate a avea mecanisme biofiziologice diferite.

Între 1962, când Klein a publicat primul studiu asupra imipraminei, și 1980, când a fost publicat *DSM-III*, modul în care psihiatria (și cultura în general) gândea anxietatea a trecut printr-o transformare enormă. „E greu de imaginat că acum cincisprezece sau douăzeci de ani nu exista un astfel de concept [de tulburare de panică]"[9], se arată uimit Peter Kramer, psihiatru la Universitatea Brown, în cartea sa din 1993, *Listening to Prozac* (*Ascultând de Prozac*). „Nici la Facultatea de Medicină, nici în timpul rezidențiatului, ambele în anii '70, nu am întâlnit un pacient cu «tulburare de panică»." Cu toate astea, tulburarea de panică este astăzi o boală diagnosticată frecvent (se estimează că aproximativ 18% dintre americani sunt afectați), iar „atacul de panică" a depășit cadrul clinicii de psihiatrie și a ajuns să facă parte din limbajul nostru obișnuit.

Tulburarea de panică a fost prima afecțiune psihiatrică pentru a cărei creare factorul determinant a fost o reacție la medicamente: imipramina vindecă panica; *ipso facto* trebuie să existe tulburarea de panică. Dar acest fenomen – în care un medicament a definit efectiv sindromul pentru care era prescris – se va repeta în curând.

DSM atribuie fiecărei tranșe de nebunie un nume și un număr. Tulburarea de panică, de exemplu, este boala cu numărul 300.21, un cod de diagnostic. [...] Dar este cu adevărat o boală doar pentru că are un nume?

— Daniel Carlat, *Unhinged: The Trouble with Psychiatry – a Doctor's Revelations About a Profession in Crisis* (*Dezlănțuit: problema psihiatriei – revelațiile unui medic despre o profesie în criză*) (2010)

O reclamă[10] din octombrie 1956 la prelegerea susținută de Frank Berger, inventatorul Miltown, afirma că tranchilizantele sunt eficiente pentru tratarea tensiunii arteriale, îngrijorării, neliniștii, „tulburărilor gastrice ale directorilor", „agitației șefului" și „nervilor gospodinei". Nici una dintre aceste afecțiuni nu era atunci și nu este nici astăzi prezentă în *Manualul de diagnostic și clasificare*

statistică al Asociației Americane de Psihiatrie (American Psychiatric Association – APA), ceea ce ne face să ne întrebăm dacă rețetele de Miltown nu aveau atât scopul de a trata tulburări psihiatrice reale, ci de a trata epoca – de a ameliora efectele a ceea ce Berger numea în prelegerea lui „tensiunea traiului din zilele noastre".

De fiecare dată când apar noi terapii cu medicamente, se pune întrebarea unde ar trebui trasă linia între anxietatea ca tulburare psihiatrică și anxietatea ca problemă normală a vieții. Vedem asta din nou și din nou în istoria farmacologiei: dezvoltarea tranchilizantelor este urmată de creșterea numărului de diagnosticări cu tulburări anxioase; dezvoltarea antidepresivelor este urmată de creșterea ratei depresiei.

Când APA a publicat prima ediție a *DSM*-ului după sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial, infrastructura profesiei era încă freudiană: prima ediție plasa toate tulburările pe un spectru al anxietății. „Principala caracteristică a tulburărilor [nevrotice] este «anxietatea»", declara manualul, „și poate fi simțită și exprimată direct sau controlată inconștient și automat prin diferite mecanisme de apărare". A doua ediție, publicată în 1968, a fost și mai explicit psihanalitică. Când APA a decis în anii '70 că era timpul pentru a treia ediție, freudienii (care dominaseră grupul operativ ce a scris primele două ediții) și specialiștii în psihiatrie biologică (al căror statut fusese întărit de descoperirile recente ale cercetărilor farmacologice) s-au pregătit pentru o luptă aprigă.

Mizele erau mari. Medicii și terapeuții adepți ai unor școli diferite își vedeau soarta profesională ridicându-se pe culmi sau prăbușindu-se în funcție de îngustarea sau lărgirea definițiilor bolilor în care erau specializați. Profiturile companiilor farmaceutice puteau exploda sau scădea brusc în funcție de posibilitatea oferită de noile categorii de a promova – și de a obține aprobarea FDA pentru – noile medicamente pe care le produceau.

Publicarea *DSM-III* în 1980 a reprezentat o renegare cel puțin parțială a concepțiilor freudiene și o victorie pentru psihiatria biologică. (Un istoric al medicinei numea *DSM-III* o „lovitură de moarte" pentru psihanaliză.) Nevrozele au ieșit din scenă și în

locul lor au apărut tulburările anxioase: tulburarea anxioasă socială, tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de panică însoțită de agorafobie și tulburarea de panică fără agorafobie. A triumfat disecția farmacologică a panicii realizată de Donald Klein.[i]

---

[i]) Un alt mod de caracterizare a acestor lucruri era o victorie a adepților lui Kraepelin asupra freudienilor. Mulți oameni de știință consideră că Emil Kraepelin, nu Sigmund Freud, este figura esențială a istoriei psihiatriei. Psihanaliza, susțin acești erudiți, a fost efemeră; sistemul lui Kraepelin de clasificare a bolilor a precedat freudismul și a fost mai durabil.

În 1890, când Freud și-a deschis cabinetul la Viena, Kraepelin, pe atunci un medic de 34 de ani, a primit postul de profesor de psihiatrie la Universitatea din Heidelberg. Acolo, Kraepelin a devenit interesat de simptomele diferitelor tulburări mintale. El și rezidenții săi creau fișe de observație pentru fiecare pacient care se interna la clinica de la Heidelberg și înregistrau simptome și un diagnostic preliminar. Fiecare fișă era pusă apoi într-o „cutie de diagnostic". De fiecare dată când apărea un nou simptom și când un diagnostic era revizuit, fișa pacientului era scoasă din cutie și actualizată. Când pacientul era externat, se înregistrau dispoziția sa afectivă și diagnosticul. De-a lungul anilor, Kraepelin a strâns sute de asemenea fișe, pe care le lua cu el în concedii pentru a le studia. „În acest mod am reușit să obținem o perspectivă de ansamblu, să vedem care diagnostice au fost incorecte și să înțelegem motivele care ne-au dus la aceste concepții false"[11], scria el.

Această înregistrare sistematică a simptomelor și diagnosticelor pacienților poate să nu pară nouă astăzi, dar nimeni înaintea lui Kraepelin nu încercase să aplice tulburărilor mintale o astfel de observație și clasificare detaliată. (De fapt, o excepție o constituiau astrologii.[12] În Iluminism, astrologii țineau fișe medicale minuțioase, pentru a putea pune în paralel simptomele și alinierea astrelor, căutând corelații care s-ar fi dovedit utile pentru viitoarele diagnostice și tratamente. Se poate ca aceste fișe să-i fi ajutat pe astrologi să facă previziuni mai corecte ale cursului bolilor decât medicii, care acționau mai degrabă pe baza intuiției decât a observației sistematice. Cu alte cuvinte, este posibil ca astrologii să fi putut oferi tratamente în mai mare măsură bazate pe dovezi medicale decât o puteau face medicii.) Diagnosticele erau puse la întâmplare. Obiectivul lui Kraepelin era ca printr-o astfel de acumulare de informații să disece natura – să identifice categorii de simptome caracteristice fiecărei boli mintale și să prevadă dezvoltarea acestora pe parcursul vieții. Spre deosebire de Freud (care era ambiguu în privința faptului dacă boala mintală era o tulburare medicală sau o problemă

Însă, trecând tulburarea mintală de la freudism în domeniul diagnosticului medical, noul *DSM* a făcut „tulburați" sau „bolnavi" mulți oameni care înainte ar fi fost considerați doar „nevrotici". Asta a fost mană cerească pentru companiile farmaceutice, care acum aveau mai mulți oameni „bolnavi" pentru care să dezvolte și să vândă medicamente. Dar era în beneficiul pacienților?

Iată o întrebare complicată. Pe de o parte, medicalizarea depresiei și anxietății a contribuit la anularea stigmatului afecțiunilor care înainte fuseseră considerate slăbiciuni rușinoase de caracter și le-a permis oamenilor să găsească alinare (adesea farmacologică) pentru suferința lor. Numărul celor care considerau depresia sau tulburările anxioase ca fiind probleme de sănătate – și nu dovadă a unei slăbiciuni de caracter – a crescut enorm între 1980 și 2000, pe măsură ce Prozac și alte ISRS/SSRI au adus noi dovezi care susțineau ideea că depresia este o problemă determinată de un dezechilibru chimic.[i] Pe de altă parte, extinderea categoriilor medicale ale tulburărilor psihice a avut efectul de a aduce în plasa companiilor farmaceutice nenumărați oameni sănătoși mintal. Înainte de apariția inhibitorilor de monoami-

---

psihosocială de „adaptare"), Kraepelin a ajuns să creadă cu tărie că psihiatria era o subdiviziune a medicinei. Tulburările afective erau entități biologice care puteau fi identificate și diferențiate în același mod ca pojarul și tuberculoza.

Kraepelin a folosit informațiile despre simptome strânse cu ajutorul fișelor ca bază a manualului de psihiatrie pe care l-a publicat în 1883. Revizuit de mai multe ori pe parcursul anilor, *Compendium der Psychiatrie* a devenit cel mai influent manual de psihiatrie publicat vreodată. Până să ajungă la a șasea ediție în 1899, devenise fundamentul clasificării psihiatrice.

Chiar și la mijlocul secolului XX, când psihanaliza a marginalizat psihiatria biologică a lui Kraepelin, sistemul kraepelian și cel freudian de clasificare a bolilor existau unul lângă celălalt. Când prima ediție a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică* a fost publicată în 1952, aceasta a împărțit afecțiunile în categorii diferite de tulburări în funcție de categoriile de simptome, în mare măsură în același mod în care o făcuseră manualele lui Kraepelin din secolul al XIX-lea. Însă terminologia care descria majoritatea acestor afecțiuni era psihanalitică, astfel încât aproape totul din primele două ediții ale *DSM* era amestecat într-o ciorbă de nomenclatură medicală și psihanalitică.

[i]) Voi spune mai multe despre asta în capitolul 7.

nooxidază și a triciclicelor la sfârșitul anilor '50, depresia (și predecesorii săi) era un diagnostic rar, pus doar pentru aproximativ *1%* din populația americană. Astăzi, conform unor estimări oficiale, este un diagnostic aplicat unui procent de până la *15%*. Suntem oare cu adevărat mult mai deprimați în 2011 decât eram în 1960? Sau am definit depresia și tulburările anxioase într-un mod prea larg, permițând companiilor producătoare de medicamente să ne prostească (pe noi și companiile de asigurări) să plătim pentru pastile care tratează boli de care nu știam că suferim, boli care nu existau înainte de 1980?

Publicarea fiecărei noi ediții a *DSM* a avut intenția de a oferi impresia unui progres științific. Și, cu siguranță, *DSM-III*, *DSM-IV* (care a apărut în 1994) și *DSM-V* (care a apărut în 2013) au în mai mare măsură o bază empirică decât primele două ediții. Pun un accent mult mai mic pe etiologie – adică pe cauzele presupuse ale diferitelor tulburări – și mult mai mult pe descrierea clară a simptomelor.[i] Dar acestea sunt totuși deopotrivă documente politice și documente științifice, reprezentând afirmațiile unei școli psihiatrice împotriva alteia – și, înainte de orice, reprezintă interesele profesionale ale psihiatrilor. „Sarcina APA" – și, astfel, a *DSM* – „este de a proteja câștigurile psihiatrilor"[13], a declarat în 1986 Paul Fink, vicepreședintele Asociației Americane de Psihiatrie. Asistenții sociali Stuart Kirk și Herb Kutchins, coautori a două cărți despre istoria *DSM*, afirmă că așa-numita biblie a APA este „o carte care încearcă să pună laolaltă înțelegeri de conjunctură" și care a dus la „patologizarea comportamentelor de zi cu zi"[14].

Dacă privești mai îndeaproape procesul care a produs *DSM-III*, pretențiile acestuia de rigoare științifică încep să pară mai degrabă forțate. În primul rând, unele dintre noile diferențe între categorii par teribil de arbitrare. (De ce tulburarea de panică are drept

[i]) Diferența dintre, să spunem, tulburarea anxioasă generalizată și tulburarea de panică este determinată nu de modul în care e dobândită boala – din cauza geneticii sau a traumelor din copilărie sau a libidoului neeliberat –, ci de numărul minim de manifestări dintr-o listă de simptome pe care îl poate avea o anumită persoană.

criteriu prezența a patru simptome, și nu a trei sau cinci, din lista de 13? De ce este necesar ca simptomele să dureze șase luni, și nu cinci sau șapte, pentru un diagnostic oficial de tulburare anxioasă socială?) Directorul grupului operativ al *DSM-III*, Robert Spitzer, va recunoaște ani mai târziu că multe dintre deciziile privitoare la manual au fost luate aleatoriu. Cu un lobby suficient de puternic, o anumită tulburare tindea să fie încorporată – așa se explică de ce, de la ediția a doua la cea de-a treia, *DSM* a ajuns de la 100 de pagini la 494 și de la 182 de diagnostice la 265.

David Sheenan a făcut parte din grupul operativ al *DSM-III*. Își amintește că, într-o seară de la mijlocul anilor '70, o parte dintre membrii grupului s-au întâlnit la cină în Manhattan. „În timp ce vinul curgea"[15], spune Sheehan, comitetul a început să vorbească despre modul în care cercetarea lui Donald Klein a demonstrat că imipramina blochează atacurile de panică. Asta părea dovada farmacologică a unei tulburări de panică diferite de alte tipuri de afecțiuni. După cum se exprimă Sheehan:

> S-a născut tulburarea de panică. Și apoi vinul a continuat să curgă și psihiatrii din jurul mesei au început să vorbească despre un coleg care nu suferea de atacuri de panică, dar era îngrijorat tot timpul. În ce categorie l-am clasifica? El e doar cam anxios *în general*. Hei, ce spuneți de „tulburare anxioasă generalizată"? Și apoi au rostit un toast pentru botezul bolii cu următoarea sticlă de vin. În următorii 30 de ani lumea a strâns informații despre asta.

Sheehan, un irlandez înalt care conduce astăzi un centru de psihiatrie în Florida, este considerat aproape un apostat al profesiunii. Recunoaște cu voioșie că intenționează să „saboteze concepția" conform căreia tulburarea de panică este cu adevărat diferită de tulburarea anxioasă generalizată. Așa că versiunea lui părtinitoare despre modul în care a apărut tulburarea anxioasă generalizată ar trebui poate privită cu oarecare scepticism. Însă Sheehan, care a studiat și a tratat anxietatea decenii la rând, spune un lucru important: odată ce ai creat o nouă tulburare, aceasta începe să

aibă o viață proprie. I se alipesc cercetări, pacienții primesc acest diagnostic și conceptul saturează cultura psihiatrică și populară. Tulburarea anxioasă generalizată, afecțiune concepută în timpul unei cine la care a curs băutura și inserată în *DSM* cu un set relativ arbitrar de criterii, are acum în spate mii de studii, și FDA a aprobat mai multe medicamente pentru tratarea ei. Dar ce se întâmplă, întreabă Sheehan, dacă nu *există* de fapt tulburare anxioasă generalizată – cel puțin nu ca boală diferită de tulburarea de panică sau depresia majoră?[i] Dacă Sheehan are dreptate, înseamnă că un edificiu masiv de diagnostice, rețete și studii științifice a fost construit pe ceva – tulburarea anxioasă generalizată – considerat real, dar care de fapt nu există.

[Date fiind procentele din prezent de consum de Valium], intrarea în noul mileniu va coincide cu tranchilizarea totală a Americii.

— „Benzodiazepines: Use, Overuse, Misuse, Abuse" („Benzodiazepine: utilizare, suprautilizare, utilizare greșită, abuz"), editorial în *The Lancet* (19 mai 1973)

La sfârșitul anilor '50, chiar și în timp ce Thorazine golea azilurile și rețetele de antidepresive creșteau exponențial, nimic nu concura cu succesul comercial nestăvilit al Miltown. De aici instrucțiunea primită de Leo Sternbach, chimist la Hoffmann-La Roche din New Jersey: „Inventează un tranchilizant nou"[16], i-au spus șefii. Așa că Sternbach s-a gândit la cercetările asupra vopselelor bazate pe heptoxdiazine făcute de el în anii '30, în cadrul unui program postdoctoral pe care îl urmase în Polonia. Ce s-ar întâmpla dacă le-ar modifica puțin? A testat pe animale peste 40 de versiuni diferite – dar nici una nu părea să aibă un efect tranchilizant. Hoffmann-La Roche a abandonat proiectul. Sternbach s-a întors la cercetările cu antibiotice.

[i]) Să ne amintim din capitolul 2 că unele cercetări genetice sugerează că nu există de fapt o diferență semnificativă între depresie și tulburarea anxioasă generalizată.

Dar într-o zi din aprilie 1957, un asistent de cercetare care făcea ordine în laboratorul lui Sternbach a dat de o pudră (denumire oficială: Ro-5-090) care fusese sintetizată cu un an înainte, dar care nu fusese testată niciodată. Fără vreo speranță, după cum va spune Sternbach mai târziu, a trimis substanța la laboratorul de teste pe animale la 7 mai, ziua în care împlinea 49 de ani. „Credeam că rezultatul negativ la care ne așteptam va reprezenta încheierea cercetării acestei serii de compuși și că va constitui măcar un material publicabil. Nu știam atunci că era începutul unui program care ne va ține ocupați mulți ani."[17]

La mulți ani. Sternbach inventase, aproape întâmplător și fără să știe, prima benzodiazepină: clordiazepoxida, care va primi denumirea comercială Librium (derivat din „equilibrium") și care a reprezentat predecesorul Valium, Ativan, Klonopin și Xanax, principalele medicamente anxiolitice ale epocii noastre. Din cauza unei erori de procesare chimică, Ro-5-090 avea o structură moleculară diferită de a celorlalți 40 de compuși pe care îi sintetizase Sternbach. (Avea un inel de benzen de șase atomi de carbon legați de un inel de diazepină de cinci atomi de carbon și doi atomi de azot – de unde „benzodiazepină".) Directorul departamentului de cercetare farmacologică de la Hoffmann-La Roche a testat noua substanță pe pisici și șoareci și a descoperit, spre surpriza lui, că, deși era de zece ori mai puternică decât Miltown, nu afecta semnificativ funcția motorie a animalelor. *Time* a relatat că îngrijitorii de la Grădina Zoologică din San Diego îmblânziseră un râs sălbatic cu Librium.[18] Un titlu de ziar trâmbița: „Medicamentul care îmblânzește tigrii – ce efect va avea asupra femeilor care suferă de nervi?"[19]

Pentru a evalua toxicitatea clordiazepoxidei asupra oamenilor, Sternbach a făcut primul test pe el însuși. A raportat că a simțit „o ușoară slăbiciune a genunchilor"[20] și o ușoară amețeală timp de câteva ore, dar altfel nu a resimțit alte efecte negative. Până la 24 februarie 1960, când FDA a aprobat medicamentul, Librium fusese deja administrat unui număr de aproximativ 20.000 de oameni. Primele rapoarte din revistele medicale îi ridicau în slăvi eficiența. Pacienții cărora până atunci numai terapia cu electroșocuri le

putea controla anxietatea au declarat că Librium era la fel sau mai eficient. Un studiu publicat în *The Journal of the American Medical Association* în ianuarie 1960 raporta că administrarea de Librium unui număr de 212 pacienți din New Jersey internați în regim ambulatoriu care sufereau de diferite afecțiuni psihiatrice a determinat ameliorarea simptomelor unui procent de 88% dintre cei cu „anxietate liber flotantă"[21]. Cercetătorii au descoperit că medicamentul era eficient și în tratarea „reacțiilor fobice", „compulsiilor" (ceea ce am numi astăzi tulburare obsesiv-compulsivă) și „tensiunii". Coordonatorul unui alt studiu a proclamat dezvoltarea Librium ca fiind „cel mai semnificativ progres de până acum în tratarea psihofarmaceutică a stărilor de anxietate"[22].

Medicamentul a ajuns în farmaciile din America în martie 1960. Prima reclamă creată de Hoffmann-La Roche pentru Librium spunea că era pentru „tratarea anxietății obișnuite și a tensiunii"[23]. În primele trei luni, vânzările de Librium le depășiseră pe cele de Miltown; până la sfârșitul anilor '60, fuseseră date mai multe rețete pentru Librium decât pentru orice alt medicament din lume. Medicii îl prescriau pentru orice, de la mahmureală, tulburări digestive și spasme musculare la orice fel de „tensiune", „nervi", „nevroză" și „anxietate". (Un medic a observat că Librium acoperea aceeași arie de indicații ca ginul.[24])

Librium a rămas cel mai frecvent prescris medicament în America până în 1969 – când a fost înlocuit de un alt compus sintetizat de Leo Sternbach, care purta melodioasa denumire chimică 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă. Acest nou medicament nu lăsa un gust amar ca Librium, iar studiile au descoperit că era de două ori și jumătate mai puternic. Departamentul de marketing al Hoffmann-La Roche l-a numit Valium (din latinescul *valere*, „a fi bine" sau „a fi sănătos"), și acesta a rămas cel bine vândut medicament din America până în 1982.[i] În 1973,

[i]) Sternbach a dezvoltat și flurazepamul (vândut cu denumirea de Dalmane) și clonazepamul (vândut cu denumirea de Klonopin). Klonopin, la fel ca Valium, este astăzi prescris frecvent ca benzodiazepină cu durată lungă de acțiune.

Valium a devenit primul medicament din SUA care a depăşit vânzări de 230 de milioane de dolari (astăzi peste un miliard de dolari)[25] – chiar în timp ce predecesorul său, Librium, a continuat să fie unul dintre primele cinci cele mai prescrise medicamente din ţară. În 1975 se estima că una din cinci femei şi unul din 13 bărbaţi din SUA luaseră Librium, Valium sau alte benzodiazepine.[26] Un studiu a descoperit că în anii '70 18% dintre *medicii* americani luau regulat tranchilizante.[27] Reclamele la acest medicament au ajuns omniprezente în revistele medicale. „Au trecut zece ani de când Librium este disponibil în farmacii"[28], era textul standard al reclamei la Librium în anii '70. „Zece ani de anxietate, de tumult şi demonstraţii, de asasinate şi crize economice, de haos în Cuba şi Vietnam, în Biafra şi Cehoslovacia. Zece ani turbulenţi în care climatul mondial de anxietate şi agresiune a făcut ca Librium – cu acţiunea sa specifică de calmare şi cu marja sa semnificativă de siguranţă – să joace un rol unic şi tot mai important în ajutorul oferit omenirii de a face faţă provocărilor unei lumi în schimbare."

Până la sfârşitul anilor '70, Librium şi Valium făcuseră ca Hoffmann-La Roche – „casa construită de Leo" – să fie cea mai mare companie farmaceutică din lume. Benzodiazepinele deveniseră cel mai mare succes comercial din istoria medicamentelor prescrise.

Dar pe măsură ce vânzările de benzodiazepine creşteau în anii '60 şi '70, se amplificau şi reacţiile negative faţă de acestea. Unii medici avertizau că se prescriau prea multe reţete. În 1973, Leo Hollister, psihiatru la Stanford, cugeta că „nu este sigur dacă amplificarea [utilizării de agenţi anxiolitici] este efectul timpurilor turbulente din ultimii zece ani sau al lansării pe piaţă de noi medicamente şi al promovării lor extinse sau al practicilor neglijente de prescriere a medicamentelor"[29]. (Faptul că 18% dintre medici luau ei înşişi Valium poate explica o parte din neglijenţă.)

Până la mijlocul anilor '70, FDA adunase numeroase rapoarte despre dependenţa indusă de benzodiazepine. Mulţi pacienţi care luaseră perioade îndelungate doze mari de Valium sau Librium aveau simptome fizice şi psihologice crâncene când încercau să

renunțe la medicamente: anxietate, insomnie, migrene, tremor, vedere înceţoşată, tinitus, senzaţia că pe piele li se târăsc insecte şi depresie extremă – şi, în unele cazuri, crize, convulsii, halucinaţii şi idei delirante paranoice. Până la momentul în care Ted Kennedy a condus audierile din Senat din 1979 asupra pericolelor benzodiazepinelor, criticii aveau deja o literatură bogată de poveşti de groază. Printre altele, moartea lui Judy Garland[a] a fost atribuită combinaţiei toxice de benzodiazepine şi alcool. Frica de benzodiazepine a fost foarte mediatizată de Barbara Gordon, o celebră scenaristă de televiziune de la CBS pe care dependenţa de Valium aproape că a distrus-o. Experienţa lui Gordon cu dependenţa de benzodiazepine, povestită în memoriile ei, *I'm Dancing as Fast as I Can* (*Dansez cât pot de repede*), a avut un mare răsunet. Cartea a ajuns bestseller *New York Times* în 1979 şi a fost ecranizată în 1982, cu Jill Clayburgh în rolul principal. Acesta a fost anul în care Public Citizen (Cetăţeanul Public), organizaţia condusă de Ralph Nader, avocat care apăra drepturile consumatorilor, a publicat *Stopping Valium*, unde se vorbea despre dependenţa masivă de benzodiazepine.

Criticii sociali erau îngrijoraţi că prescrierea fără măsură de Valium băga sub preş asperităţile sociale, tratând cu medicamente radicalismul, disidenţa şi creativitatea. „Trebuie să luăm în considerare implicaţiile mai largi ale unei culturi în care zeci de milioane de cetăţeni adulţi au ajuns să folosească substanţe psihoactive pentru a schimba practic fiecare faţetă a comportamentului lor din starea de veghe (şi de somn)"[30], avertiza un medic în cadrul unei conferinţe ştiinţifice din 1971 pe tema consumului de medicamente. „Ce spune asta despre impactul tehnologiei moderne asupra stilului nostru de viaţă? Ce schimbări pot apărea în sistemul nostru de valori?"[i] Intelectuali marxişti ca Herbert

---

[a]) Actriţă şi cântăreaţă americană, care a murit la 47 de ani din cauza unei supradoze accidentale de barbiturice (n. tr.).

[i]) Feministele aveau preocupări asemănătoare. O serie de reclame comandate de Roche la începutul anilor '70 intenţiona să ofere un tratament pentru fetele bătrâne: „35 de ani, singură şi psihonevrotică"[31], începea

Marcuse atribuiau consumul extins de pastile alienării aduse de capitalism. Adepți ai teoriilor conspirației invocau distopia lui Aldous Huxley *Minunata lume nouă*, susținând că guvernul exercita control social prin tranchilizarea maselor (ceea ce e ironic, pentru că Huxley însuși era un promotor entuziast al tranchilizantelor). Un editorial publicat în 1973 în prestigioasa revistă medicală britanică *The Lancet* se arăta îngrijorat că rata de atunci a consumului de Valium, care creștea cu șapte milioane de rețete pe an, însemna că „intrarea în noul mileniu va coincide cu tranchilizarea totală a Americii"[i][32].

Apropierea anului 1985, când expira brevetul pentru Valium, a contribuit la promovarea unei noi benzodiazepine, alprazolam, pe care Upjohn Company l-a lansat în 1981 cu denumirea comercială de Xanax. Apărut pe piață tocmai după ce *DSM-III* introdusese tulburările anxioase drept categorii clinice, Xanax s-a bucurat de un imens succes comercial datorită faptului că era primul medicament aprobat de FDA anume pentru tratarea noii tulburări de panică.[ii]

Mulți pacienți – și cu mult înainte ca eu însumi să fiu unul dintre ei – au descoperit că Xanax ameliora atacurile de panică și

---

reclama standard de o pagină, în care se spunea povestea lui Jan. „Poate că vezi multe ca Jan în cabinetul tău", continua reclama. „Necăsătorite, cu o stimă de sine scăzută. Jan nu a găsit niciodată un bărbat care să se ridice la înălțimea tatălui ei. Acum înțelege că urmează un tipar perdant – și că s-ar putea să nu se căsătorească *niciodată*." Remediul? Valium. („Te trezești dimineața și simți că nu mai are rost să mai treci printr-o zi ca asta", scria Betty Friedan în 1963 în *The Feminine Mystique* [*Mistica feminină*]. „Așa că iei un tranchilizant pentru că te face să nu-ți mai pese atât de tare că nu are sens.")

[i]) După cum s-a dovedit, cele mai mari vânzări de Valium s-au înregistrat în 1973.

[ii]) Această aprobare nu a fost necontroversată. Primele studii favorabile efectului pe care-l avea Xanax asupra panicii au fost publicate în *Archives of General Psychiatry*, al cărei editor de atunci, Daniel Freedman, s-a dovedit a fi pe statul de plată al Upjohn ca membru al Departamentului de Medicină. Criticii au afirmat că asta îl făcuse să fie părtinitor și că studiile nu ar fi trebuit publicate, pentru că erau prost concepute și nu demonstrau de fapt eficiența medicamentului.

reducea simptomele fizice ca ameţeala, palpitaţiile şi tulburările gastrointestinale, precum şi simptomele psihice, ca timiditatea excesivă şi sentimentul de groază. (Poeta Marie Howe i-a spus o dată unui prieten de-al meu căruia îi era frică să zboare după 9/11: „Ştii uşa din creierul tău pe care scrie *Frică*? Xanax o închide".) Până în 1986, Xanax depăşise Miltown, Librium şi Valium şi devenise cel mai bine vândut medicament din istorie. De atunci încoace domină piaţa de tranchilizante.[i]

Anxietatea şi tensiunea par foarte prezente în cultura noastră modernă, şi tendinţa actuală este de a scăpa de neplăcerea efectelor acestora. Dar când a fost viaţa lipsită de stres? Este de dorit pe termen lung ca populaţia să nu fie afectată de tensiune? Ar trebui să existe o pastilă pentru fiecare dispoziţie afectivă şi pentru fiecare ocazie?

— Dintr-un raport din 1956 realizat de Academia de Medicină din New York

Benzodiazepinele au constituit principalul tratament farmaceutic al anxietăţii timp de mai bine de o jumătate de secol. Dar abia la sfârşitul anilor '70 a reuşit specialistul italian în neuroştiinţe Erminio Costa – şi el un veteran al laboratorului lui Steve Brodie de la Institutul Naţional de Sănătate – să identifice principalul mecanism chimic al acestora: efectul asupra neurotransmiţătorului numit acid gama-aminobutiric sau GABA, care reduce rata de activare a neuronilor.

Nişte neuroştiinţă scurtă şi suprasimplificată: un neurotransmiţător numit glutamat excită neuronii şi îi face să se activeze mai rapid; intervine GABA şi inhibă neuronii, reducându-le nivelul de activare şi calmând activitatea cerebrală. (Dacă glutamatul este principalul accelerator al circuitelor cerebrale, GABA este principala frână.) Costa a descoperit că benzodiazepinele se leagă

[i]) În 2010, Xanax era al 12-lea cel mai prescris medicament din America şi cel mai frecvent prescris medicamente psihotrop – depăşind Prozacul şi orice alt antidepresiv.

de receptorii GABA de la nivelul fiecărui neuron, amplificând efectele inhibitoare ale GABA și inhibând activitatea sistemului nervos central. Legându-se de receptorii GABA, benzodiazepinele schimbă structura moleculară a receptorilor într-un mod care face semnalul GABA să fie mai durabil, ceea ce face le rândul său ca neuronul să se activeze în continuare mai lent, calmându-se astfel activitatea cerebrală.

Cunoașterea acestei mici părți din neuroștiințe mi-a oferit o metaforă utilă pentru înțelegerea modului în care creierul meu produce anxietate și în care Xanax o reduce. Când anxietatea crește, sistemul meu nervos autonom intră în modul de luptă-sau-fugă, gândurile încep să-mi alerge prin minte și îmi imaginez tot felul de lucruri catastrofale; simt cum corpul meu o ia razna. Îmi imaginez că prin sinapsele mele trec impulsuri din ce în ce mai rapid, ca într-un motor supraîncălzit. Iau un Xanax și, dacă sunt norocos, după vreo treizeci de minute aproape că simt cum sistemul GABA pune frână și cum benzodiazepinele se leagă de receptori și inhibă activarea neuronală. Totul... devine... din ce... în ce... mai lent.

Bineînțeles, aceasta este o metaforă mai degrabă reducționistă. Oare anxietatea mea se reduce până la urmă la cât de bine sunt închise canalele ionice de clor sau la viteza activării neuronilor din amigdala mea? Ei bine, da, la un anumit nivel. Rata activării neuronilor din amigdală corelează destul de direct cu felul în care resimt anxietatea. Dar a spune că anxietatea mea este reductibilă la ionii din amigdala mea este la fel de limitant ca a spune că personalitatea mea sau sufletul meu este reductibil la moleculele care alcătuiesc celulele mele cerebrale sau la genele în care e înscris codul acestora.

În orice caz, am o preocupare mai practică: ce efect are asupra creierului meu această utilizare îndelungată de benzodiazepine? Până acum, am luat benzodiazepine (Valium, Klonopin, Ativan, Xanax) în diferite doze și cu o frecvență variabilă timp de mai bine de 30 de ani. Vreme de câțiva ani, în această perioadă, am fost permanent pe tranchilizante luni în șir.

„Valium, Librium şi alte medicamente din această categorie afectează creierul. Am văzut leziuni ale cortexului cerebral care consider că au fost provocate de consumul acestor medicamente, şi încep să mă întreb dacă leziunile sunt permanente“[33], avertiza în 1976 David Knott, medic la Universitatea din Tennessee. În următorii 30 de ani, nenumărate articole din diverse reviste ştiinţifice au raportat existenţa unor afecţiuni cognitive observate la consumatorii pe termen lung de benzodiazepine. Un studiu din 1984 realizat de Malcolm Lader a descoperit că creierul oamenilor care au luat tranchilizante perioade îndelungate s-a micşorat fizic.[34] (Studii ulterioare au arătat că diferite benzodiazepine par să determine micşorarea anumitor regiuni cerebrale.) Explică asta de ce la vârsta de 44 de ani, după câteva zeci de ani de consum intermitent de tranchilizante, am impresia că sunt mai prost decât înainte?

CAPITOLUL 7
Medicamentele și semnificația anxietății

Când a apărut Valium, și pacienții, și medicii lor erau dispuși să-și definească problemele în funcție de anxietate. [...] Când Prozac, un medicament împotriva depresiei, a intrat în scenă, accentul a căzut pe depresie ca esență a suferinței.

— Edward Shorter, *A History of Psychiatry* (*O istorie a psihiatriei*) (1997)

În primăvara lui 1997, după un an dificil – divorțul părinților mei, o situație neplăcută la slujbă, o poveste urâtă de dragoste – și după niște luni fără medicamente psihiatrice, am început, la insistențele terapeutului, să iau Paxil, un ISRS/SSRI al cărui nume generic este paroxetină.

După vreo săptămână pe Paxil, am simțit o infuzie de energie soră cu mania: dormeam din ce în ce mai puține ore, dar fără să mă simt obosit peste zi; puteam, pentru prima oară în viață, să mă trezesc dimineața și să simt că am energie, și asta în mod regulat. Ușoara manie a trecut, însă ce a urmat a fost o înseninare a dispoziției mele afective. Am încheiat – în sfârșit, după mai multe tentative eșuate – relația codependentă și disfuncțională cu prietena mea, cu care eram de aproape doi ani. Am obținut o promovare la mica revistă la care lucram. Am început să am întâlniri cu alte fete.

La un moment dat în acea toamnă, mi-am dat seama că nu mai avusesem un atac de panică în toată puterea cuvântului din aprilie, de când începusem să iau Paxil – de departe cea mai lungă perioadă din școala generală până atunci. Eram mai puțin anxios, mă simțeam mai productiv și mai implicat în munca mea și mă bucuram de o viață socială activă. Stomacul mi se liniștise. Paxil era magic.

Chiar era? Care era cauza și care era efectul? Promovarea pe care o obținusem a venit după ce altcineva a plecat și eu am fost avansat în acel post, ceea ce probabil s-ar fi întâmplat chiar dacă nu aș fi luat Paxil. Poate că datorită acelei mici îmbunătățiri a statutului meu profesional, cu responsabilități zilnice tot mai interesante și care îmi permiteau să fiu mai autonom, am început să am o mai mare stimă de sine, ceea ce m-a făcut să mă simt implicat profesional. Și, deși simțeam că Paxil îmi oferise cumva puterea de a rupe în sfârșit cordonul rezistent al codependenței nevrotice care mă legase de prietena mea, poate că oricum aș fi făcut asta – și, cu Paxil sau fără Paxil, nu încape îndoială că a fost eliberator să ies din acea relație. (Sunt sigur că și pentru ea; nu am mai vorbit de atunci.) Așa că poate această constelație specifică de evenimente din acea primăvară – promovarea, ruperea unei relații disfuncționale și sfârșitul iernii întunecate din Boston urmată de venirea primăverii – a fost ceea ce a atenuat anxietatea și depresia mea. Poate că Paxil n-a avut nimic de-a face cu asta.

Dar cred că a avut. Începând cu acel scurt episod ușor maniacal, am simțit că întreaga mea experiență era modelată de Paxil – iar acum știu că traiectoria mea clinică (hipomania, ameliorarea dispoziției afective, realizarea unor schimbări favorabile) este destul de obișnuită. Desigur, o altă posibilitate ar fi că m-am bucurat de primăvară și vară datorită efectului placebo – Paxil a funcționat pentru eu *credeam* că funcționează. (În cazul efectului placebo, principalul mecanism este puterea credinței, și nu conținutul chimic al vreunui medicament.)

Dar Paxil nu era magic – sau, dacă era, magia s-a terminat. Fiindcă după ce m-am zbenguit voios vreo zece luni într-o încântare medicamentoasă, sentimentul meu de invulnerabilitate n-a avut zile și a fost sfâșiat în zece minute.

În primele luni pe Paxil – pentru prima oară în 20 de ani – am putut să zbor simțindu-mă doar puțin anxios. Așa că într-o dimineață de februarie am condus nepăsător spre aeroport printr-o furtună teribilă din New England (cât e de bine să nu fii zile întregi într-un zbucium anxios înaintea unei călătorii cu avionul!),

m-am urcat în avion și m-am așezat cu ziarul în brațe, pregătit pentru un zbor de o oră spre Washington, D.C. Nu pot spune că mi-am învins vreodată, chiar și în primele zile glorioase când am început să iau Paxil, frica de zbor. Dar era o experiență mai blândă, care se manifesta prin senzația de fluturi în stomac, transpirație a palmelor și un sentiment de aprehensiune – ceea ce îmi imaginez că simt majoritatea oamenilor înainte de decolare. Așa că, în timp ce avionul decola, stăteam acolo, un bărbat de 28 de ani care se simțea relativ competent și adult (*Uite-mă*, mă gândeam, *redactor-șef al unei reviste, zburând la Washington în scopuri de afaceri, citind* New York Times), încrezător și bine izolat de groază grație dozei matinale de 20 mg de Paxil, mica pastilă roz care mă ferise de panică timp de câteva luni minunate.

Și apoi, după ce am trecut de norii negri ai furtunii care a rămas sub noi, am dat de turbulențe.

Au durat zece minute. Cel mult 15. Dar tot timpul am fost convins că o să ne prăbușim – sau, mai rău, că o să-mi fie greață și o să vomit. Cu mâinile tremurânde, am luat două Dramamine. Nu se serveau băuturi – însoțitorii de zbor fuseseră instruiți să stea pe scaune, ceea ce mă îngrozea. Însă m-am uitat la ceilalți pasageri și nici unul nu părea prea tulburat. În stânga, un bărbat încerca să-și citească ziarul în ciuda zvârcolirilor avionului; în dreapta, de cealaltă parte a culoarului, o femeie părea să moțăie. Mie îmi venea să urlu. Voiam cu disperare ca turbulențele să se termine (*Te rog, Doamne, te rog fă să se oprească și o să cred în tine și o să fiu veșnic bun și evlavios*) și ca Dramamine să-și facă efectul, și voiam, mai mult decât orice, să fiu inconștient și suferința să ia sfârșit.

Sigur, frica mea că ne prăbușim probabil că nu mă acaparase de tot – chiar și în acel moment mă mai îngrijora ceva: oare panica mea era atât de evidentă încât ceilalți pasageri să o poată vedea? Logic, unul dintre motivele anxietății ar fi trebuit să-l anuleze pe celălalt: dacă urma să murim cu toții, nu aș mai fi avut de ce să mă îngrijorez pentru un moment trecător de stânjeneală lumească înainte de a plonja în veșnica uitare, nu-i așa? Pe de altă parte, dacă urma să fiu stânjenit după ce zborul se va fi încheiat, asta ar fi

însemnat că nu *eram pe cale* să murim, nu? Şi în acel moment, să fiu în siguranţă pe pământ şi să nu fiu mort – indiferent cât de stânjenit – era ceva foarte dezirabil. Dar în creierul meu controlat de amigdală, cu sistemul nervos în alertă maximă, nu încăpea o astfel de claritate logică. Nu puteam să mă gândesc decât că *O să vomit şi o să fiu umilit şi o să mor şi sunt îngrozit şi nu vreau decât să nu mai fiu în situaţia asta şi să nu mă mai sui niciodată în vreun avion.*

Apoi ne-am ridicat deasupra norilor şi pe geam s-au văzut cerul senin şi soarele şi zborul a fost foarte lin. S-a stins semnul pentru centurile de siguranţă. Însoţitorii de zbor au început să servească băuturi. Sistemul meu nervos parasimpatic a intrat în funcţiune şi a oprit supraactivarea neuronilor hiperactivi din amigdala aflată în modul turbo şi, ajutat de Dramamine, m-am prăbuşit într-o stare uşurată de epuizare. După vreo jumătate de oră am aterizat fără incidente la Washington.

Dar Paxil nu mai funcţiona.

Nu a încetat de tot să mai aibă efect, cel puţin nu imediat. Dar se risipise iluzia de a fi înconjurat de un câmp de forţă invincibil creat de Paxil, care mă apăra de anxietate. Ştiu acum că asta nu e ceva rar. Anumite medicamente ISRS/SSRI pot reduce anxietatea şi atacurile de panică – dar, conform modelului diateză–stres al panicii[a], stimulii puternici (cum ar fi un zbor turbulent) pot sparge bariera chimiei ajustate de medicamente şi pot provoca astfel o anxietate intensă. Dat fiind efectul pe care spargerea barierei îl provoacă asupra gândurilor (sau „cogniţiilor") individului, asta poate semăna cu ruperea unei vrăji. (În alte situaţii se poate ca anumite medicamente să nu mai aibă efect fără să apară provocări stresante; acest fenomen a fost numit „dezumflarea Prozac").

După acea zi nivelul meu general de anxietate a început să crească treptat. Am reînceput să am atacuri de panică – uşoare şi rare la început, apoi mai severe şi mai frecvente. S-a reactivat fobia de zbor – trebuia să iau o doză mare de Xanax sau Klonopin sau

[a]) Teorie conform căreia cauza anxietăţii este constituită deopotrivă din factori biologici (predispoziţie) şi factori de stres (n. tr.).

Ativan înainte să mă sui în avion, și uneori nici asta nu era de ajuns. În timpul primului zbor cu avionul împreună cu Susanna, care avea să devină mai târziu soția mea, anxietatea mea a ajuns atât de intensă imediat după decolare, încât am început să tremur și să gâfâi frenetic, după care, în timp ce Susanna se uita uimită la mine, mi s-a contractat burta și mi-am pierdut controlul asupra intestinelor. Plănuisem călătoria – trei zile la Londra – ca vacanță romantică, o încercare de o curta și de a o impresiona. Ăsta nu era un început bun. Nici restul nu a fost mult mai bine: în partea de vacanță pe care nu am petrecut-o sedat la limita catatoniei cu doze masive de Xanax am tremurat îngrozit de perspectiva zborului de întoarcere.

Am continuat să iau Paxil câțiva ani, chiar și după ce-și pierduse magia antipanică, dintr-o combinație de inerție și frică de ce s-ar fi întâmplat dacă m-aș fi oprit. Dar în primăvara anului 2003 luam Paxil de șase ani și anxietatea mea era din nou în plină floare. Venise timpul să încerc ceva nou.

Asta m-a împins să mă duc la psihofarmacologul dr. Harvard. La prima consultație, în timp ce îmi făcea anamneza, de parcă ar fi fost o demonstrație a tulburării mele, am avut un atac de panică deplin, care m-a lăsat fără suflare și cu lacrimi în ochi, incapabil să continui.

— Nu te grăbi, a spus dr. Harvard. Continuă când ești pregătit.

Nu știu dacă din cauza anamnezei mele sau a intensității atacului pe panică pe care l-am avut neintenționat în fața lui, dr. Harvard a părut surprins când a aflat că perioade întregi de viață n-am luat nici un fel de medicamente. Părea uluit. Pentru el eram un caz dificil, neechipat pentru funcționarea umană normală fără asistență farmaceutică.

Am discutat opțiunile farmacologice, stabilind în cele din urmă să iau Effexor, denumirea comercială pentru venlafaxină, un inhibitor al recaptării serotoninei și noradrenalinei (IRSN/SNRI), care împiedică absorbția – crescând astfel nivelul intrasinaptic al – serotoninei și noradrenalinei. Am vorbit despre cum

să renunț treptat la Paxil, ceea ce am reușit, respectând cu atenție instrucțiunile lui, scăzând doza puțin câte puțin într-un interval de câteva săptămâni.

De-a lungul anilor mă gândisem din când în când să renunț de tot la medicația psihiatrică. *La urma urmei*, mă gândeam, *sunt destul de anxios când iau medicamente – cât de rău poate să fie fără ele?* Așa că atunci când am reușit în sfârșit să renunț aproape de tot la Paxil m-am gândit *De ce nu, hai să încerc să zbor singur o vreme – nu mai iau pastile.* Am încetat să iau Paxil și nu am început să iau Effexor.

Uite ce nu vezi în reclamele la medicamentele psihotrope de la televizor și din reviste și nici măcar, cu o înțelegere reală și empatică, în literatura clinică: iadul prin care treci când renunți la ele. Nu am luat niciodată heroină, așa că nu pot să spun dacă e adevărat (presupun că nu e), dar mulți oameni susțin că renunțarea la Paxil este la fel de rea ca sevrajul de heroină. Durerile de cap. Epuizarea. Greața și crampele stomacale. Amețeala care-ți slăbește genunchii. Senzația de bâzâit electric din creier – un simptom ciudat, dar frecvent. Și, desigur, reapariția anxietății: te trezești în fiecare dimineață cu inima bătându-ți puternic și cu o groază intensă; mai multe atacuri de panică în fiecare zi.

În ciuda dorinței mele de „a fi eu însumi" și de a funcționa fără asistență farmacologică pentru prima dată în șase ani, nu am reușit, așa că într-o dimineață, după numai o săptămână fără Paxil, am luat prima doză de Effexor. În doar câteva minute m-am simțit mult mai bine: simptomele fizice s-au diminuat; starea mentală mi s-a îmbunătățit.

Asta nu se poate să se fi datorat acțiunii terapeutice a Effexor – în general este nevoie de câteva săptămâni înainte ca ISRS/SSRI-urile și SNRI-urile să se acumuleze în sinapse suficient cât să înceapă să aibă efect. Mai probabil ceva din Effexor a ameliorat cumva efectele sevrajului de Paxil. Dar care e cauza și care e efectul? Oare anxietatea și suferința fizică prin care am trecut după ce am renunțat la Paxil erau cu adevărat efectul sevrajului chimic? Sau era pur și simplu modul în care mă simt eu fără medicamente? La urma urmei, luasem medicamente psihiatrice atât de mult timp, încât poate că uitasem cum mă simt cu creierul nesedat.

Sau suferința mea din acea primăvară era nu atât efectul experimentelor neprielnice de schimbare a medicamentelor, cât al stresului din viața mea? Două lucruri m-așteptau la finalul verii: primul era termenul-limită pentru predarea manuscrisului primei mele cărți, care până atunci fusese în gestație șase ani (aproximativ timpul în care luasem Paxil) și care trecuse printr-o călătorie chinuitoare – de la editor la editor și de la editură la editură, prin prăbușirea în Alzheimer a subiectului biografiei mele și implicarea din ce în ce mai invazivă a familiei lui – pentru a ajunge aici; celălalt era data când soția mea urma să nască primul nostru copil.[i] E greu de spus care anume dintre dificultățile pe care le-am îndurat în acea vară erau un răspuns la factorii de stres externi și care erau provocate de medicamente. Și e greu de spus care dintre dificultățile provocate de medicamente erau efecte de sevraj de la medicamentele la care *renunțam* și care erau efecte secundare ale medicamentelor pe care le *luam*.

E mare diferența dintre ce spun materialele promoționale ale industriei farmaceutice și studiile clinice (multe dintre ele subvenționate prin granturi de cercetare oferite de industria farmaceutică) și ce spun comunitățile neliniștite din mediul online. Cred că ambele tabere sunt în general oneste și oferă informații precise (medicamentele pot avea beneficii terapeutice măsurabile; efectele secundare și simptomele de sevraj pot fi groaznice), dar nici una nu este întru totul demnă de încredere. Companiile producătoare de medicamente și medicii pe care îi subvenționează au interesul – motivat de profit – să promoveze pastilele; persoanele care iau medicamente sunt prin definiție un grup nefericit, predispus, ca mine, la a fi copleșit cu ușurință de simptomele fizice. Studiile au arătat că oamenii care au un scor ridicat la scalele ce evaluează sensibilitatea la anxietate tind să resimtă efecte secundare mai severe la consumul de medicamente. (E mai probabil ca un grup de oameni neanxioși care iau un ISRS/SSRI să fie

[i]) Nașterea unui copil are un scor ridicat pe Scala Stresului Holmes și Rahe (*Holmes and Rahe Stress Scale*), care încearcă să evalueze efectele diferitelor tipuri de stres asupra sănătății mintale și fizice.

mai puțin tulburați de vreun efect secundar și, astfel, e mai puțin probabil să se plângă de asta pe un forum online.) Așa că nu se poate pune un preț mai mare pe discursurile antimedicamente ale comunității celor care înghit pastile decât pe măsurarea efectelor secundare și a simptomelor de sevraj din literatura clinică uneori prea entuziastă.

Deși Effexor a ameliorat manifestările care păreau a fi simptomele fizice provocate de renunțarea la Paxil, anxietatea și panica mea au continuat – și apoi s-au amplificat. Când i-am spus asta doctorului Harvard, răspunsul lui, după cum tinde adesea să fie răspunsul psihiatrilor și psihofarmacologilor, a fost „Trebuie să mărim doza". Cantitatea de Effexor pe care o luam nu era suficientă, a spus el, pentru a corecta „dezechilibrul chimic" al sistemului meu serotoninergic și noradrenergic. Așa că am ajuns de la 37,5 mg la 75 mg de Effexor de trei ori pe zi.

Punct în care nivelul anxietății mele a zburat prin tavan. Noaptea eram în ghearele unui atac de panică dezlănțuit. Ziua aveam mai multe atacuri de panică – și chiar și când nu treceam printr-unul mă simțeam de parcă tocmai urma să se întâmple. Niciodată nu mai simțisem o agitație atât de cronică și persistentă; nu puteam să mă opresc, mă mișcam întruna și aveam spasme, nu puteam să îndur senzația de a fi în propria piele. (Termenul medical pentru asta e „acatizie".) La marginea conștiinței mele au început să apară licăriri de sinucidere.

L-am sunat pe dr. Harvard.

— Nu pot să-l iau, i-am spus. Cred că poate ar trebui să renunț la Effexor. Simt că înnebunesc.

— Trebuie să-i dai mai mult timp, a zis el și mi-a scris o rețetă de Xanax despre care a spus că îmi va îmblânzi anxietatea, oferindu-i Effexorului timp să funcționeze.

Prescrierea unei benzodiazepine (cum ar fi Xanax) pentru ameliorarea anxietății care apare când un pacient începe să ia un antidepresiv SSRI sau SNRI (cum ar fi Effexor) este practica standard începând de la sfârșitul anilor '90. Iar în cazul meu asta a funcționat – puțin, pentru scurt timp. Anxietatea s-a ameliorat întru câtva și panica a cedat, dar numai dacă-mi luam neabătut Xanaxul.

Ca să lucrez la carte închiriasem un birou părăginit de la etajul trei al unei clădiri deteriorate din cartierul North End din Boston și, ca să avansez mai rapid, angajasem o asistentă de cercetare, Kathy, cu care împărțeam spațiul de lucru. Kathy era o cercetătoare excelentă și, când nu eram panicat, o companie încântătoare. Dar eram stânjenit de anxietatea mea și simțeam că trebuie să o ascund, ceea ce mă făcea să plec când simțeam că se activează. Așa că inventam tot timpul treburi pe care le aveam de făcut ca să ies din birou.[i]

L-am sunat încă o dată pe dr. Harvard. Și iarăși a spus:

— Încă nu ai ajuns la nivelul terapeutic de Effexor. Hai să creștem doza.

Așa că am început să iau mai mult Effexor și în câteva zile privirea îmi era încețoșată și nu puteam să urinez. L-am sunat pe dr. Harvard și de data asta a părut alarmat.

---

[i]) Adesea, faptul că scăpam de la birou nu era suficient pentru a stăvili panica, așa că mi-am făcut obiceiul să mă plimb câteva străzi până la Biserica Old North, unde se spune că în 1775, în timpul Războiului de Independență, se aprinseseră celebrele felinare care semnalizau pentru Paul Revere dacă armata britanică a ales calea terestră sau cea maritimă. Mă așezam într-o strană austeră din spate și priveam pictura în ulei de deasupra altarului care Îl înfățișa pe Isus. În acel tablou, expresia lui Isus este blândă, privirea Îi este binevoitoare. Nu sunt un ateu inveterat, dar nu sunt nici credincios – sunt un agnostic de tipul cine-știe-cum-se-explică-toate-astea, un sceptic care, din obișnuitul meu exces de precauție, refuză să nege sfidător că Dumnezeu există de frică să nu piardă pariul lui Pascal și să descopere asta prea târziu. Însă, în acele săptămâni disperate din vara anului 2003, stăteam în Biserica Old North și mă rugam sincer în fața tabloului cu Isus. Mă rugam să-mi dea pace sufletească sau un semn că Dumnezeu există, ceva de care mă puteam agăța și pe care mă puteam baza în fața asaltului nervilor mei. În căutarea ajutorului, am început să citesc Biblia și o istorie a primilor creștini, încercând să văd dacă mă puteam convinge cumva să cred și să ajung la seninătatea psihică și existențială pe care socoteam că ar fi putut-o oferi.

Nu am reușit. Și, deși am găsit întru câtva calmantă simplitatea puritană, neîmpodobită, a bisericii, vizitele mele acolo nu prea au ajutat nici ele, mai ales la apogeul experienței mele cu Effexor. Încercam să-mi liniștesc respirația – dar apoi eram copleșit de claustrofobie și panică și trebuia să ies rapid din biserică. Sfârșeam adesea tremurând pe o bancă în parc, părându-le probabil turiștilor o persoană fără adăpost care suferă de delirium tremens.

— Poate că ar trebui să renunți la Effexor, a spus el.

Dar fusesem traumatizat de simptomele de sevraj prin care trecusem când am renunțat la Paxil și i-am zis asta. (Sindromul de discontinuitate este acum un fenomen Paxil recunoscut clinic.)

— Îți dau o rețetă pentru Celexa, a spus el, folosind denumirea comercială pentru citalopram, un alt ISRS/SSRI. Începe imediat să-l iei și ia în continuare Xanax.

Așa am făcut, și după o zi vederea mi s-a limpezit și am putut urina din nou, ceea ce părea să indice că acele probleme fuseseră efecte secundare ale medicamentului. Dar se poate să nu fi fost: tendința persoanelor care suferă de anxietate de a „somatiza" – de a-și transforma nevrozele în simptome fizice – înseamnă că e posibil ca încețoșarea vederii și vezica recalcitrantă să fi fost reprezentări exclusiv fizice ale anxietății mele.

Trecerea de la Effexor la Celexa a fost mai lină decât fusese trecerea de la Paxil la Effexor, poate pentru că nu m-am dezvățat de una înainte de a începe să o iau pe cealaltă. Însă de atunci înainte, în ciuda anxietății severe cronice și intermitente, nu a mai trecut o zi fără să iau un antidepresiv SSRI și nu am mai ajustat mult doza de frică să nu repet experiența de-la-Paxil-la-Effexor. Uneori mă gândesc melancolic la primele zile pe Paxil, când găsisem un minimum de ușurare, și mă întreb dacă nu ar trebui să revin și să încerc să ajung din nou în acea stare de nirvana lipsită de panică. Dar cercetările clinice sunt pline de oameni care se întorc la medicamentele pe care le luaseră anterior doar pentru a descoperi că nu mai au efect.

Și, în orice caz, experiența dezvățării de Paxil nu este una pe care să vreau să o repet.

Medicamente, medicamente, medicamente! Și cu ce m-am ales din asta?

— *Clanul Soprano* (*The Sopranos*), Tony către dr. Melfi după un an de Prozac pentru atacuri de panică

Năvălind în conștiința națională odată cu numărul din 26 martie 1990 al revistei *Newsweek*, pe a cărei copertă apărea o capsulă cu

verde și alb alături de titlul „A Breakthrough Drug for Depression" („Un medicament inovator pentru depresie"), fluoxetina, sub denumirea comercială de Prozac, va deveni antidepresivul reprezentativ al sfârșitului de secol XX – un succes răsunător pentru producător, Eli Lilly. Primul inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei (SSRI) lansat în SUA, Prozacul a depășit rapid Xanaxul și a ajuns cel mai bine vândut medicament psihotrop din istorie – și SSRI-uri concurente (printre care Zoloft, Paxil, Celexa și Lexapro) aveau curând să-l prindă din urmă.

Poate cu excepția antibioticelor, SSRI-urile reprezintă cea mai bine vândută categorie de medicamente pe rețetă din istorie. Conform unei estimări[1], în 2002, aproximativ 25 de milioane de americani – peste 5% dintre toți bărbații și peste 11% dintre toate femeile – luau un antidepresiv SSRI. Cifrele au crescut de atunci – o estimare[2] din 2007 situa numărul americanilor care luat SSRI-uri la 33 de milioane. Aceste medicamente domină nu numai psihiatria din spitale și din cabinetele medicale, ci și cultura și mediul nostru natural. Cărți ca *Prozac Nation* (*Națiunea Prozac*), *Prozac Diary* (*Jurnalul Prozac*) și *Listening to Prozac* (*Ascultând de Prozac*) (și, bineînțeles, *Talking Back to Prozac* (*Răspunzând la Prozac*) au populat listele de bestselleruri ale anilor '90, iar glumele cu Prozac și Lexapro rămân un ingredient constant al filmelor și caricaturilor din *New Yorker*. Oligoelemente de Prozac, Paxil, Zoloft și Celexa au fost descoperite în ecosistemele broaștelor americane (provocând întârzieri de dezvoltare și anomalii), în creierul și ficatul peștilor din North Texas și în Lacul Mead, cel mai mare rezervor din America, care alimentează cu apă potabilă Las Vegasul, Los Angelesul, San Diego și Phoenix.[3]

Dată fiind măsura în care SSRI-urile au saturat cultura și mediul nostru, s-ar putea să fie surprinzător că Eli Lilly, compania deținătoare a mărcii înregistrate în SUA pentru fluoxetină, a anulat lansarea medicamentului *de șapte ori* din cauza rezultatelor neconvingătoare la teste. În urma examinării probelor neconcludente, precum și a plângerilor legate de efectele secundare ale medicamentului, instituția germană de reglementare a ajuns în

1984 la concluzia că, „Având în vedere beneficiile şi riscurile, considerăm această substanţă complet inadecvată pentru tratarea depresiei"[4]. Primele teste clinice ale unui alt SSRI, Paxil, au reprezentat de asemenea eşecuri.[i]

Cum au ajuns SSRI-urile de la a fi considerate ineficiente la a reprezenta una dintre categoriile de medicamente cu cele mai mari vânzări din istorie? În răspunsul la această întrebare se află o poveste despre cât de mult s-a schimbat într-un scurt răstimp modul în care înţelegem anxietatea şi depresia.

Încă o dată, povestea începe în laboratorul lui Steve Brodie de la Institutul Naţional de Sănătate. După ce a plecat de aici la Universitatea din Göteborg din Suedia în 1959, Arvid Carlsson a administrat antidepresive triciclice şoarecilor al căror nivel de serotonină fusese scăzut artificial. Oare antidepresivele urmau să crească nivelul de serotonină? Da; imipramina avea efecte de inhibare a recaptării de serotonină. În anii '60, Carlsson a realizat experimente similare cu antihistamine. Oare şi acestea aveau să inhibe recaptarea serotoninei? Din nou, da. Carlsson a descoperit că o antihistamină numită clorfeniramină avea un efect mai puternic şi mai precis asupra receptorilor de serotonină din creier decât imipramina sau amitriptilina, triciclicele cel mai frecvent prescrise. Carlsson a invocat această descoperire ca dovadă care susţinea ceea ce el a numit ipoteza serotoninergică a depresiei. A început apoi să aplice această descoperire încercând să creeze un antidepresiv mai puternic. „Acesta a fost punctul iniţial al apariţiei SSRI-urilor"[6], a scris istoricul medicinei Edward Shorter.[ii]

---

[i]) O serie de studii[5] realizate în anii '80 au descoperit că imipramina, antidepresivul triciclic, este mai eficient decât Prozacul pentru tratarea pacienţilor cu depresie sau tulburare de panică. De asemenea, imipramina a declasat Paxilul în două studii de la începutul anilor '80 asupra pacienţilor cu depresie. În 1989, Paxil nu s-a dovedit mai eficient decât placeboul în peste jumătate dintre teste. Totuşi, patru ani mai târziu Paxilul a fost aprobat de FDA – şi până în 2000 a ajuns cel mai bine vândut antidepresiv de pe piaţă, depăşind Prozacul şi Zoloftul.

[ii]) Carlsson a dorit să realizeze teste clinice cu clorfeniramină administrată pacienţilor cu anxietate şi depresie, dar nu a făcut asta niciodată.

Carlsson a făcut apoi experimente cu un alt antihistaminic, bromfeniramină (ingredientul activ al antitusivului Dimetapp). Și aceasta bloca recaptarea serotoninei și noradrenalinei în mai mare măsură decât imipramina. A modificat acest antihistaminic pentru a crea compusul H102–09, care bloca numai recaptarea serotoninei. Împreună cu o echipă de cercetători de la compania farmaceutică suedeză Astra, Carlsson a depus dosarul ca să obțină brevetul pentru H102–09 – care de atunci a fost redenumit zimelidină – la 28 aprilie 1971. Primele teste clinice arătau că zimelidina avea un oarecare efect de reducere a depresiei, și în 1982 Astra a pus pe piața europeană antidepresivul Zelmid. Astra a

---

Propriile sale cercetări de laborator, precum și observații naturaliste ulterioare au arătat că clorfeniramina poate fi, fără nici o modificare, la fel de eficientă ca orice SSRI existent – ceea ce este surprinzător, pentru că această substanță e disponibilă pe piață, sub denumirea comercială de Chlor-Trimeton, ca medicament care se vinde fără rețetă pentru alergia la polen, încă din 1950. În 2006, cercetătorul suedez Einar Hellbom a publicat un studiu[7] care sugera că pacienții diagnosticați cu tulburare de panică și care luaseră clorfeniramină pentru febra fânului au experimentat o remisiune a simptomelor de panică în timpul tratamentului; când pacienții nu au mai luat Chlor-Trimeton, chiar dacă au trecut la alte histaminice, mulți dintre ei au descoperit că simptomele au revenit. Hellbom a sugerat că asta poate însemna că un antidepresiv SSRI eficient care se vinde fără rețetă stă astăzi pe raftul de medicamente antialergene din farmacie – fără ca prea mulți medici, și cu siguranță nici un consumator, să-i cunoască potențialul. „Dacă clorfeniramina ar fi fost testată în anii '70", scrie Hellbom, „este probabil ca un medicament SSRI ieftin să fi fost disponibil cu 15 ani înainte [de Prozac]. [...] Clorfeniramina se poate să fi fost primul antidepresiv sigur, necardiotoxic și bine tolerat. S-ar fi economisit miliarde de dolari investite în dezvoltare și publicitate și ar fi fost ameliorată suferința a milioane de pacienți".

Asta e surprinzător pentru mine, fiindcă am luat regulat Chlor-Trimeton în fiecare primăvară în timpul copilăriei mele. Întotdeauna am atribuit ameliorarea depresiei și anxietății mele în lunile aprilie și mai faptului că ziua începea să fie mai lungă și că se apropia sfârșitul anului școlar. Dar articolul lui Hellbom mă face să mă întreb dacă îmbunătățirea dispoziției mele afective și diminuarea tensiunii pe care le resimțeam în fiecare primăvară nu erau efectul expunerii mele la Chlor-Trimeton, întâmplătorul SSRI.

acordat dreptul de distribuție în America de Nord companiei Merck, care a pregătit lansarea medicamentului în SUA. Apoi a lovit tragedia: unii pacienți care luau Zelmid au paralizat; câțiva au murit. Zelmid a fost scos de pe rafturile farmaciilor din Europa și nu a fost niciodată distribuit în America.

Directorii de la Eli Lilly urmăreau cu interes desfășurarea lucrurilor. Cu aproximativ zece ani înainte, biochimiștii de la laboratoarele din Indiana ale companiei obținuseră derivați chimici ai unui alt antihistaminic, difenhidramină (ingredientul activ al antialergenului Benadryl), pentru a crea compusul numit LY-82816, care avea un efect puternic asupra serotoninei, dar un efect slab asupra nivelului de noradrenalină. Asta a făcut ca LY-82816 să fie cel mai „curat" sau „selectiv" compus dintre cei testați de cercetători.[i] David Wong, biochimist la Eli Lilly, a transformat LY-82816 în compusul LY-110140 și a raportat descoperirile în 1974 în revista *Life Sciences*.[8] „În acel moment", va povesti Wong mai târziu, „cercetarea [compusului LY-110140] era un exercițiu științific". Nimeni nu știa dacă exista o piață pentru măcar un medicament psihiatric cu efect de amplificare a nivelului de serotonină – și, din moment ce Zelmid avea deja un avans de câțiva ani de teste clinice și era deja disponibil pe piață, Eli Lilly a pus deoparte LY-110140, numit acum fluoxetină.

Dar când Zelmid a început să paralizeze oameni, directorii Eli Lilly și-au dat seama că fluoxetina avea acum șansa de a fi primul SSRI de pe piața americană, așa că au repornit mașinăria de cercetare. Deși primele teste clinice nu au avut un succes considerabil, medicamentul a fost aprobat și a fost lansat în Belgia în 1986. În ianuarie 1988, fluoxetina a fost lansată în SUA, vândută ca „primul blocant specific și puternic al recaptării serotoninei". Eli Lilly i-a dat denumirea comercială de Prozac, despre care o companie de cercetare de piață considera că sună bine.[9]

---

[i]) Prin opoziție, triciclicele și MAOI erau „murdare", sau „neselective", în sensul că afectau nu numai nivelul de serotonină, ci și de noradrenalină, dopamină și al altor neurotransmițători, fapt considerat a explica numeroasele efecte secundare neplăcute.

Doi ani mai târziu, pastila a apărut pe coperta revistei *Newsweek*. Trei ani după aceea, Peter Kramer, psihiatru la Universitatea Brown, a publicat *Listening to Prozac*.

În vara anului 1993, când s-a lansat *Listening to Prozac*, eu aveam 23 de ani și ajunsesem la al treilea antidepresiv triciclic – de data asta desipramină, a cărei denumire comercială este Norpramin. Am citit cartea fascinat, uimit de efectele enorme pe care Prozacul le avusese asupra pacienților lui Kramer. Mulți dintre pacienții săi au ajuns, cum se exprima el, „mai bine decât bine": „Prozacul părea să-i facă pe cei timizi să se arate încrezători în diverse contexte sociale, pe cei sensibili – să fie îndrăzneți, să ofere introvertiților abilitățile sociale ale unui agent de vânzări". *Hmm*, m-am gândit. *Asta sună destul de bine.* Psihiatrul la care mă duceam de mult timp, dr. L., îmi recomandase Prozac de câteva luni bune. Dar, citindu-l pe Kramer, mă preocupa schimbul faustian care avea loc aici – ce se pierdea din sine sau din părțile în mai mare măsură idiosincrasice ale personalității când Prozacul făcea să dispară problemele de nervi sau melancolia. În cartea sa, Kramer ajungea la concluzia forțată că târgul merita în cazul pacienților grav anxioși sau deprimați. Dar și pe el îl îngrijora ceea ce numea „psihofarmacologia cosmetică" – utilizarea medicamentelor psihiatrice de către oameni „normali" sau „sănătoși" pentru a fi mai fericiți, mai sociabili, mai eficienți profesional.

În scurt timp m-am alăturat milioanelor de americani care luau SSRI-uri – și am luat un medicament sau altul aproape constant timp de 20 de ani. Cu toate astea, nu sunt pe deplin convins că aceste medicamente au funcționat – sau că și-au meritat prețul în bani, efecte secundare, traume provocate de trecerea de la un medicament la altul și cine știe ce efecte pe termen lung asupra creierului meu.

După entuziasmul inițial pentru SSRI-uri, unele frici legate de tranchilizante din anii '70 au început să se strângă în jurul antidepresivelor. „Este evident acum", scria David Healy, istoric al psihofarmacologiei, „că rata de probleme de sevraj raportate [pentru

Paxil] depășește ratele problemelor de sevraj raportate vreodată în legătură cu orice alt medicament psihotrop"[i][10].

„Paxilul este cu adevărat adictiv"[11], a spus Frank Berger, inventatorul Miltown, în 2008, cu puțin timp înainte să moară. „Dacă cineva ia Paxil, nu e simplu să-l faci să renunțe. [...] Lucrurile nu stau așa în cazul Librium, Valium și Miltown." Cu câțiva ani în urmă, medicul meu de familie mi-a spus că nu mai dădea rețete de Paxil pentru că mulți dintre pacienții ei raportau efecte severe de sevraj.

Chiar lăsând deoparte efectele de sevraj, există acum multe dovezi care sugerează – la fel ca acele prime studii care demonstrau ineficiența Prozacului și Paxilului – că s-ar putea ca SSRI-urile să nu funcționeze prea bine. În ianuarie 2010, *Newsweek* a publicat o relatare despre studii care sugerau că aceste medicamente de-abia dacă sunt eficiente ca pilule placebo pentru tratarea anxietății și depresiei. Două studii consistente din 2006 arătau că majoritatea pacienților nu se simt mai bine dacă iau antidepresive; doar o treime dintre pacienții care au participat la aceste studii s-au simțit semnificativ mai bine după primul test. În urma evaluării rezultatelor a zeci de studii asupra eficienței SSRI-urilor, revista *British Medical Journal* a ajuns la concluzia că Prozac, Zoloft, Paxil și alte medicamente din clasa SSRI „nu prezintă un avantaj semnificativ clinic în comparație cu placebo"[ii][12].

Cum este posibil? Zeci de milioane de americani – printre care eu și mulți oameni pe care îi cunosc – consumă laolaltă în fiecare an SSRI-uri în valoare de miliarde de dolari. Nu înseamnă asta că aceste medicamente sunt eficiente?

---

[i]) Ironic, succesul comercial inițial al SSRI-urilor s-a datorat mult agitației publice de la începutul anilor '70 provocate de dependența de Valium, care a dus la căderea în dizgrație a benzodiazepinelor. Faptul că FDA a aprobat SSRI-urile pentru tratarea depresiei a dus la creșterea considerabilă a numărului de diagnostice de depresie, în timp ce rata diagnosticelor de anxietate scădea. Dar când FDA a aprobat ulterior SSRI-urile pentru tratarea anxietății, numărul diagnosticelor de anxietate a început iarăși să crească.

[ii]) Aceste descoperiri sunt controversate și constituie subiectul unor dezbateri aprinse pe blogurile de psihiatrie și psihologie.

Nu neapărat. Cel puțin aceste rate mari de consum de SSRI-uri nu au făcut să scadă ratele de anxietate și depresie autoevaluate – și, de fapt, toată „pastilarea" asta pare să coreleze cu rate considerabil mai ridicate de anxietate și depresie.

„Dacă te-ai născut în preajma Primului Război Mondial, în timpul vieții tale prevalența depresiei este de aproximativ 1%"[13], spune Martin Seligman, psiholog la Universitatea din Pennsylvania. „Dacă te-ai născut în preajma celui de-al Doilea Război Mondial, prevalența depresiei din timpul vieții tale pare să fie de aproximativ 5%. Dacă te-ai născut în anii '60, prevalența pare să fie între 10% și 15%, și viața încă nu s-a încheiat" – ceea ce înseamnă că în final acest procent va ajunge de fapt să fie mai mare. Asta reprezintă o creștere de cel puțin zece ori a numărului de diagnostice de depresie în doar două generații.

Același lucru se observă și în alte țări. În Islanda, incidența depresiei aproape s-a dublat între 1976 (înainte de apariția SSRI-urilor) și 2000.[14] În 1984, cu patru ani înainte de lansarea Prozacului, Marea Britanie raporta 38 de milioane de „zile de incapacitate" (zile de concediu medical) din cauza depresiei și tulburărilor anxioase[15]; în 1999, după zece ani de utilizare pe scară largă de SSRI-uri, Marea Britanie atribuia acestor tulburări 117 milioane de zile de incapacitate – o creștere de 300%. Anchetele din SUA asupra stării de sănătate arată că procentul de americani adulți care au raportat că au fost incapacitați de depresie s-a triplat din anii '90.[16] Aceasta e cea mai uimitoare statistică peste care am dat: înainte să existe antidepresive, se considera că aproximativ 50-100 de oameni la un milion sufereau de depresie; astăzi, se estimează că *100.000-200.000* de oameni dintr-un milion au depresie. Într-un moment în care avem tratamente biochimice mai sofisticate decât oricând pentru tratarea depresiei, incidența depresiei este cu *1.000% mai mare.*[17]

În cartea sa din 2010 *Anatomy of an Epidemic* (*Anatomia unei epidemii*), jurnalistul Robert Whitaker a adus dovezi care sugerează că SSRI-urile de fapt *provoacă* depresie și anxietate – că utilizarea de SSRI-uri din ultimii douăzeci de ani a determinat modificări

organice în creierul a zeci de milioane de consumatori și i-a făcut mai predispuși să se simtă tensionați și nefericiți. (Statisticile Organizației Mondiale a Sănătății care arată că rata de sinucidere la nivel global a crescut cu *60%* în ultimii 45 de ani pare să dea greutate ideii că procentul de nefericire din lume a crescut în tandem cu utilizarea de SSRI-uri.[18]) Argumentul lui Whitaker conform căruia medicamentele provoacă boala mintală este controversat – majoritatea experților îl pun la îndoială, și cu siguranță nu este demonstrat. Totuși, ce este clar e că explozia rețetelor de SSRI-uri a antrenat o expansiune drastică a *definițiilor* tulburărilor depresive și anxioase (precum și o acceptare generală a folosirii depresiei și anxietății ca scuză pentru a chiuli de la muncă), fapt care a determinat la rândul său o creștere a numărului de oameni care primesc aceste diagnostice.

S-ar putea ca peste 150 de ani să ne uităm înapoi și să vedem antidepresivele drept un experiment periculos și sinistru.

— Joseph Glenmullen, *Prozac Backlash* (*Reculul Prozac*) (2001)

În America, întrebarea dacă și când ar trebui prescrise medicamente pentru suferința nevrotică obișnuită este legată de două tradiții intelectuale concurente: rădăcinile noastre istorice în negarea de sine și ascetismul strămoșilor noștri puritani *versus* credința generației de după cel de-al Doilea Război Mondial că toată lumea are dreptul la „căutarea fericirii" consacrat de documentul fondator al statului nostru. În psihiatria modernă, conflictul dintre aceste două tradiții este pus în scenă în lupta dintre psihofarmacologia cosmetică a lui Peter Kramer și așa-numitul calvinism farmacologic.

Criticii psihofarmacologiei cosmetice (printre care, într-o oarecare măsură, și Kramer) se îngrijorează pentru ce se întâmplă când milioane de pacienți ușor nevrotici caută medicamente care să-i facă să fie „mai bine decât bine" și când competiția de a ajunge și de a rămâne în vârf la locul de muncă duce la apariția unei

curse farmaceutice a înarmării. Sintagma „calvinism farmacologic" a fost introdusă în 1971 de Gerald Klerman, care se autodescria ca fiind un „psihiatru furios" și care își propunea să lupte împotriva consensului incipient conform căruia dacă un medicament te face să te simți bine probabil nu e bun.[19] Viața e grea și suferința e reală, susțineau Klerman și aliații săi, așa că de ce ar trebui să i se permită puritanismului nefondat să interfereze cu încercarea americanilor tensionați și nefericiți de a ajunge la liniște interioară?

Adepții calvinismului farmacologic cred că a scăpa de durerea psihică fără efort sau zbucium înseamnă să diminuezi sinele sau sufletul; înseamnă să obții ceva fără să dai nimic în schimb, un târg faustian potrivnic eticii protestante a muncii. „Din punct de vedere psihoterapeutic", scria Klerman sardonic, „lumea este împărțită în cetățeni de primă mână, sfinții care pot să-și obțină leacul sau salvarea prin puterea voinței, intuiție, prin psihanaliză sau modificarea comportamentului, și restul oamenilor, care au o fibră morală slabă și cărora le trebuie o cârjă"[20]. Klerman a respins furios astfel de chestiuni, întrebându-se de ce, dintr-o convingere greșită de îndreptățire morală, le-am nega americanilor anxioși și deprimați ușurarea suferinței lor și ocazia de a urmări scopuri mai înalte și mai semnificative. De ce să rămâi în mlaștina absorbirii debilitante de sine a nevrozei tale când o pastilă îți poate elibera mintea?

Americanii sunt ambivalenți în această privință. Luăm tranchilizante și antidepresive cu miliardele – totuși, în același timp, am dat verdictul istoric că faptul de a te baza pe medicamente psihiatrice este un semn de slăbiciune sau un eșec moral.[i] Un studiu realizat de cercetătorii de la Institutul Național de Sănătate Mintală (NIMH) la începutul anilor '70 a ajuns la concluzia că „americanii consideră că tranchilizantele sunt eficiente, dar au îndoieli considerabile cu privire la cât e de moral să le folosești"[21].

[i]) Într-o măsură mult mai mare decât, să spunem, în Franța, unde rata consumului de tranchilizante este mai ridicată, dar poate într-o măsură mai mică decât în Japonia, unde consumul de SSRI-uri este mult mai scăzut.

Ceea ce sună întru câtva ilogic și contradictoriu – dar se întâmplă să fiu de acord. Iau fără tragere de inimă și tranchilizante, și antidepresive și cred că funcționează – măcar puțin, măcar o vreme. Și recunosc că, așa cum mi-au spus mulți psihiatri și psihofarmacologi, s-ar putea să am o „afecțiune medicală" care îmi provoacă simptomele și cumva „justifică" utilizarea acestor medicamente. Totuși, cred în același timp (și cred că societatea crede asta) că problemele mele de nervi sunt întru câtva un defect de caracter sau o slăbiciune morală. Cred că nervii mei slabi mă fac să fiu laș și nevolnic, cu toată judecata negativă pe care o implică aceste cuvinte, motiv pentru care am încercat să ascund aceste trăsături – și motivul pentru care îmi fac griji că folosirea medicamentelor ca să amelioreze problemele cu care mă confrunt demonstrează și totodată intensifică slăbiciunea mea morală.

— Nu te mai judeca! spune dr. W. Îți agravezi anxietatea!

Are dreptate. Și totuși nu pot să nu fiu de acord cu cei 40% de respondenți la ancheta NIMH care au răspuns că sunt de aceeași părere cu afirmația „Slăbiciunea morală este cauza bolii mintale, iar utilizarea de tranchilizante pentru a corecta sau a ameliora afecțiunea reprezintă o dovadă în plus a acestei slăbiciuni".

Desigur, pe măsură ce aflăm mai multe despre modul în care genele codifică anumite trăsături și dispoziții temperamentale ale personalității noastre, devine din ce în ce mai greu să susții la fel argumentul slăbiciunii morale. Dacă genele mele mă fac să am o fiziologie anxioasă, cât de responsabil pot fi considerat pentru că tremur în situații înfricoșătoare sau pentru că am tendința să mă prăbușesc când sunt stresat? Pe măsură ce se acumulează dovezi ale unei puternice baze genetice pentru tulburările psihiatrice, anchete mai recente despre atitudinea americanilor în privința utilizării medicamentelor psihiatrice dezvăluie o schimbare dramatică de opinie. În 1996, numai 38% dintre americani considerau depresia o problemă de sănătate – *versus* 62% care considerau depresia o dovadă de slăbiciune personală.[22] Zece ani mai târziu, cifrele nu numai că s-au inversat: 72% considerau depresia o problemă de sănătate și doar 28% o considerau o dovadă de slăbiciune personală.

Teoria serotoninergică a depresiei este comparabilă cu teoria conform căreia masturbarea ar fi cauza nebuniei. — David Healy, într-un discurs din 2002 de la Institutul de Psihiatrie din Londra

Cu cât sapi mai adânc în istoria încâlcită a anxietății și psihofarmacologiei, cu atât devine mai clar că anxietatea are o bază biologică fermă și cu un efect relativ direct. Anxietatea, la fel ca toate stările mentale, stă în interstițiile neuronilor noștri, în supa de neurotransmițători în care se scaldă sinapsele noastre. Reducerea anxietății vine din resetarea termostatului nostru nervos prin ajustarea compoziției acestei supe. Poate că, așa cum scria Peter Kramer în *Listening to Prozac*, ceea ce-l apăsa pe străinul lui Camus – anhedonia, anomia – nu era decât o tulburare provocată de serotonină.

Și dacă mai sapi puțin nimic nu mai e clar.

Chiar dacă progresul neuroștiințelor și geneticii moleculare ne-a permis să facem legături din ce în ce mai precise între proteina asta și receptorul ăsta sau între neurotransmițătorul ăsta și emoția asta, unele dintre primele descoperiri ale psihiatriei biologice au fost grăitoare.

Preamărirea Prozacului în urmă cu un sfert de veac a dat naștere unui cult al serotoninei ca „neurotransmițător al fericirii". Dar încă de la început unele studii nu au reușit să găsească o diferență semnificativă statistic între nivelul de serotonină al oamenilor deprimați și al celor care nu erau deprimați. Unul dintre primele studii[23] asupra unui grup de pacienți deprimați, publicat în 1976 în revista *Science*, a descoperit că numai jumătate aveau niveluri atipice de serotonină – și că numai jumătate dintre aceștia aveau un nivel de serotonină sub medie, ceea ce înseamnă că doar un sfert dintre pacienții deprimați puteau fi considerați a avea un deficit de serotonină. De fapt, un număr la fel de mare aveau niveluri de serotonină *peste* medie. Numeroase studii ulterioare au avut rezultate care au complicat ideea unei relații coerente între deficiența de serotonină și boala mintală.

Evident, corelația între serotonină și anxietate sau depresie este mai puțin directă decât se credea înainte. Nimeni altul decât tatăl ipotezei serotoninergice a depresiei, Arvid Carlsson, a anunțat

că psihiatria trebuie să renunțe la ea. În 2002, la o conferință din Montréal, el a declarat că trebuie „să abandonăm ipoteza simplistă“[24] conform căreia o tulburare afectivă este efectul „unui nivel fie anormal de ridicat, fie anormal de scăzut al unui anumit neurotransmițător“. Nu demult, George Ashcroft, psihiatru cercetător din Scoția care, în anii '60, a fost unul dintre oamenii de știință responsabili pentru promulgarea teoriei dezechilibrului chimic drept cauză a tulburării mintale, a renunțat la această teorie când cercetări ulterioare nu au reușit să o confirme.[25] În 1998, Elliot Valenstein, specialist în neuroștiințe de la Universitatea din Michigan, a dedicat o carte întreagă, *Blaming the Brain* (*Învinovățind creierul*), ideii că „dovezile nu confirmă nici una dintre teoriile biochimice ale tulburării mintale.“[26]

„Am vânat explicații neurochimice globale și simple ale tulburărilor psihologice și nu am găsit nici una“[27], a recunoscut în 2005 Kenneth Kendler, redactor-șef la revista *Psychological Medicine* și profesor de psihiatrie la Virginia Commonwealth University.

Dar dacă motivul pentru care nu am reușit să identificăm modul în care funcționează Prozac și Celexa este că de fapt nu funcționează? „Medicamentele psihiatrice fac mai mult rău decât bine“, spune Peter Breggin, psihiatru instruit la Harvard, martor care apare frecvent în procesele împotriva companiilor farmaceutice. El se bazează pe studii care arată că antidepresivele îi fac doar pe o treime dintre pacienți să se simtă mai bine.

Însă studiile nu au descoperit în general că rata de răspuns ar fi mai mare la alte forme de tratament. Și nu se poate ca psihiatrii și psihofarmacologii din prima linie, care susțin constant că au văzut din nou și din nou că aceste medicamente funcționează, să fi fost toți păcăliți de campaniile de marketing ale industriei producătoare de medicamente. Uneori, realitatea statistică a studiilor dublu-orb randomizate spune una, iar realitatea clinică (ceea ce observă psihiatrii și medicii de familie în privința pacienților) spunea alta. Ce să înțelegem din toate astea?

Sunt dispus să cred că, cel puțin în parte, ambele tabere implicate în această dezbatere sunt de bună-credință. Susținătorii

pro-medicamente – oameni ca Gerald Klerman și Frank Berger și Peter Kramer și dr. Harvard – au o dorință hipocratică plină de compasiune de a reduce suferința anxioasă a pacienților folosind medicamente și sunt sinceri în dorința lor de a destigmatiza tulburările anxioase și depresia clinică prin clasificarea acestora ca probleme medicale. Cruciații anti-medicamente – oameni ca Peter Breggin și dr. Stanford – sunt sinceri în dorința lor de a proteja pacienții și potențialii consumatori de ceea ce ei consideră rapacitatea companiilor farmaceutice și de a ajuta pacienții să se vindece de anxietate prin propriile resurse interioare, nu cu ajutorul unor medicamente care pot provoca dependență.

Sunt empatic cu criticii în mai mare măsură rezonabili ai industriei farmaceutice. Pot spune nu numai pe baza miilor de studii pe care le-am cercetat, ci și pe baza propriei mele experiențe, că, sub unele aspecte, criticii au dreptate în mod evident – au dreptate în privința efectelor secundare debilitante, au dreptate în privința problemelor de dependență și sevraj, au dreptate să fie sceptici că aceste medicamente acționează atât de eficient pe cât spune reclama, au dreptate să fie îngrijorați de posibilele efecte pe termen lung ale unei societăți atât de medicalizate. Dar, sub alte aspecte, cred că se înșală. Studiile indică faptul că medicamentele *pot* funcționa – da, doar o parte din timp, doar la unii oameni, uneori cu efecte secundare crâncene și cu simptome severe de sevraj și probleme de dependență. Și, da, nu știm care sunt pagubele pe termen lung pe care le provoacă la nivelul creierului nostru. Și, da, categoriile de diagnostic au fost umflate artificial sau distorsionate de companiile farmaceutice și de industria asigurărilor. Dar pot spune pe baza autorității mele personale câștigate cu greu că e vorba de o adevărată suferință afectivă, care poate fi destul de debilitantă, și pe care aceste medicamente o pot ameliora, uneori doar puțin, alteori profund.

Când vorbesc despre asta cu dr. W., el spune că propria experiență clinică se potrivește cu lucrurile pe care le-am descoperit în cercetarea mea: există o variabilitate enormă a modului în care pacienții răspund la diferite medicamente. A tratat o dată o pacientă

ai cărei părinți erau supraviețuitori ai Holocaustului. Era profund deprimată; doctorului W. îi era clar că interiorizase vinovăția supraviețuitorului, un fenomen obișnuit. A lucrat cu ea timp de mai multe luni încercând să o facă să recunoască asta și să nu mai fie nefericită. Nimic nu ajuta; depresia ei devastatoare s-a menținut săptămână după săptămână. Apoi a încercat Prozac. După câteva săptămâni, a venit într-o zi la ședință și a spus „Mă simt minunat". După alte câteva săptămâni s-a declarat vindecată și a încheiat tratamentul. 1–0 pentru SSRI-uri.

Dar cam în aceeași perioadă dr. W. a avut un alt pacient, un bărbat care suferea de tulburare obsesiv-compulsivă și depresie ușoară. Și acest pacient a început să ia Prozac – și în 48 de ore era la spital pentru ideație suicidară acută. 1–1.[i]

Dr. W. are un coleg psihofarmacolog cu care colaborează de ani întregi. Au tratat împreună numeroși pacienți cu tulburări anxioase. Ori de câte ori un pacient se simțea mai bine, dr. W. îi spunea psihofarmacologului:

— E evident că medicamentele tale l-au ajutat.

Și el îi răspundea dr. W.:

— Nu, e evident că psihoterapia ta l-a ajutat.

Și apoi râdeau și se felicitau unul pe celălalt pentru încă o reușită. Dar, după cum recunoaște dr. W., adevărul este că de fapt ei nu știu ce anume a dus la însănătoșire.

---

[i]) Un coleg al doctorului W. – să-i spunem dr. G. – era un eminent psihiatru specializat în psihanaliză care, spre sfârșitul carierei, a căzut într-o depresie clinică severă. Dr. G. s-a internat la Chestnut Lodge, un spital de psihiatrie cu orientare psihanalitică din Rockville, Maryland. Dr. G. fusese ani întregi un adversar profesionist al psihiatriei biologice, susținând că terapia freudiană prin discuție era cel mai bun mod de tratare a anxietății și depresiei. Dar ședințele zilnice de psihoterapie analitică nu au ușurat suferința doctorului G. Starea lui s-a ameliorat abia când a consimțit să ia antidepresive. Depresia doctorului G. a dispărut – dar acum se confrunta cu o criză profesională: era psihoterapia psihanalitică, fundația pe care își construise cariera, o himeră? A murit la scurt timp.

E mult mai ieftin să tranchilizezi gospodine tulburate care trăiesc izolate în blocuri de locuințe unde copiii lor nu au un loc în care să se joace decât să dărâmi aceste blocuri și să reconstruiești la scară umană sau chiar să creezi contextul pentru grupuri de joacă. Industria farmaceutică, guvernul, farmacistul, contribuabilul și medicul au cu toții interesul să „medicalizeze" reacțiile de stres determinate social.

— Malcolm Lader, „Benzodiazepines: Opium of the Masses" („Benzodiazepinele: Opiul maselor") (1978)

Doar pentru că pot să explic depresia ta în termeni ca „inhibare a recaptării serotoninei" nu înseamnă că nu ai o problemă cu mama ta.

— Carl Elliott, *The Last Physician: Walker Percy and the Moral Life of Medicine* (*Ultimul medic: Walker Percy și viața morală a medicinei*) (1999)

Înainte de experimentele cu imipramină realizate de Donald Klein, interpretarea conținutului anxietății unei persoane conta mult: ce *înseamnă* fobia ta de înălțimi sau de șobolani sau de trenuri? Ce încearcă să-ți comunice? Imipramina i-a luat anxietății o mare parte din semnificația filozofică. Progresele farmaceutice arătau că anxietatea nu este decât un simptom biologic, un fenomen fiziologic, un proces mecanic al cărui conținut nu contează.

Totuși, pentru filozofi precum Kierkegaard și Sartre, anxietatea cu siguranță *are* sens. Pentru ei, ca și pentru psihoterapeuții care se împotrivesc reducerii stărilor cerebrale la biologie, anxietatea nu este ceva ce trebuie evitat sau tratat cu pastile, ci adevărata cale către descoperirea de sine, este drumul (în versiunea specifică anilor '60 a acestei idei) autoactualizării. Dr. W. crede asta.

— Intră în inima primejdiei, căci acolo vei fi în siguranță, îi place să spună, citând un proverb chinezesc.

Pentru biologii evoluționiști, anxietatea este o stare fiziologică și mentală care a evoluat pentru a ne menține în siguranță și în viață. Anxietatea ne sporește vigilența, ne pregătește să luptăm sau să fugim. Faptul de a fi anxioși ne ajută să fim reactivi la amenințările fizice din mediu. Freud socotea că anxietatea ne face reactivi nu numai la amenințările din mediu, ci și la amenințările

din noi înşine. Din această perspectivă, anxietatea este un semn că psihicul nostru încearcă să ne spună ceva. Să luăm pastile pentru anxietate în loc să ascultăm ce are să ne spună – cum ar veni, să ascultăm de Prozac, în loc să ascultăm de propria anxietate – se poate să nu fie ceea ce ne trebuie pentru a ajunge să fim atât de buni pe cât putem fi. Anxietatea poate fi un semnal că trebuie să se schimbe ceva – că trebuie să ne schimbăm viaţa. Medicamentele prezintă riscul de a bloca acest semnal.[i]

În *Listening to Prozac*, Peter Kramer vorbeşte despre munca romancierului Walker Percy, care a scris despre modalităţile de a face faţă suferinţei afective şi spirituale în epoca psihiatriei biologice. Ce se pierde, întreabă poveştile şi eseurile lui Percy, când anxietatea şi anomia sunt suprimate de medicamente?

Percy era bine poziţionat pentru abordarea acestor chestiuni. „Pata ereditară" (după cum o numea Freud) a melancoliei se manifesta din plin în genealogia familiei sale sudiste. Bunicul său, tatăl său şi poate şi mama lui (care s-a aruncat cu maşina de pe un pod) s-au sinucis; doi dintre unchii săi au avut căderi nervoase. Tatăl lui Percy, LeRoy, care era avocat, îşi trata depresia cu alcool şi a apelat la specialişti pentru tratament, călătorind în 1925 la Baltimore spre a se întâlni cu marii psihiatri de la Johns Hopkins. Dar psihofarmacologia modernă încă nu era disponibilă, şi în 1929 LeRoy a reuşit în cea de-a doua sa tentativă de sinucidere, împuşcându-se în cap cu o puşcă de vânătoare.

Reacţia lui Walker a fost să studieze descoperirile ştiinţifice. Considerând că ştiinţa va explica în cele din urmă toate lucrurile din cosmos, inclusiv natura melancoliei care omorâse atâţia membri ai familiei lui, a hotărât să devină medic. Instruirea lui medicală i-a întărit materialismul ştiinţific. „Dacă omul poate fi redus la suma proprietăţilor sale chimice şi biologice", după cum

[i]) Edward Drummond, psihiatru în New England, dădea în mod regulat reţete de benzodiazepine pacienţilor săi pentru a le reduce anxietatea. Astăzi crede cu tărie că tranchilizantele sunt una dintre *principalele* cauze ale anxietăţii cronice. Xanax sau Ativan pot să atenueze temporar anxietatea acută, spune Drummond, dar preţul pe care îl plătim este că ne permite să evităm confruntarea cu problemele care provoacă anxietatea.

descria unul dintre biografii lui Percy modul său de gândire din tinerețe, „de ce să fim preocupați de idealuri sau de absența lor?"[28]

Dar în 1942, Percy a făcut tuberculoză și a trebuit să renunțe la Facultatea de Medicină, retrăgându-se pentru recuperare la un sanatoriu din Saranac Lake, New York. Trebuia să mai treacă niște ani până când streptomicina și – atenție! – izoniazida și iproniazida să fie disponibile ca remedii pentru tuberculoză, așa că tratamentul prescris era odihna. Când se afla la sanatoriu a căzut în depresie și a citit intensiv – Dostoievski și Thomas Mann, precum și Kierkegaard și Toma d'Aquino. Simțindu-se rău fizic și afectiv, a trecut printr-o criză spirituală în timpul căreia a ajuns la concluzia că, la urma urmei, știința nu poate rezolva problema nefericirii oamenilor. În cele din urmă, influențat în special de scrierile lui Kierkegaard, a hotărât să facă un act de credință și a devenit catolic.[i] Cât de diferită ar fi fost viața și filozofia lui Percy dacă ar fi fost tratat cu iproniazidă și nu cu romane europene și filozofie existențialistă? Iproniazida, știm acum, va deveni curând antidepresivul MAOI Marsilid – medicament care s-ar fi putut să-i vindece rapid și tuberculoza, și melancolia. Se prea poate să se fi întors la studiile medicale și să nu fi devenit niciodată romancier. Opinia lui despre psihiatria biologică se poate să fi fost mult mai blândă.[ii][30]

Percy nu și-a pierdut niciodată respectul pentru metoda științifică. Dar a ajuns să nu mai aibă încredere în perspectiva reducționistă care considera știința drept baza filozofică a eticii și a întregii cunoașteri a omenirii. De fapt, a ajuns să creadă că rata înaltă a depresiei și sinuciderii din societatea modernă era antrenată parțial de triumful cultural al perspectivei științifice, care reducea omul la un ansamblu de celule și enzime, fără să ofere un repertoriu alternativ de semnificații.

În 1957, Percy a scris un articol în două părți pentru *America*, revista iezuită săptămânală. Concentrându-se asupra aspectelor

---

[i]) Convertirea lui Percy l-a făcut pe cel mai bun prieten al său, Shelby Foote, romancier și istoric al Războiului Civil, să-i spună: „Mintea ta este în plină retragere intelectuală"[29].

[ii]) Peter Kramer face observații asemănătoare în *Listening to Prozac*.

biologice, spunea el, psihiatria este „incapabilă să explice suferinţele omului modern“[31]. Vinovăţia, conştiinţa de sine, tristeţea, ruşinea, anxietatea – acestea sunt semnale importante de la lume şi de la sufletul nostru. Faptul de a considera aceste semnale simptome ale bolii organice şi suprimarea lor cu medicamente riscă să ne alieneze şi mai mult de noi înşine. „Într-un anumit cadru de referinţă, anxietatea este un simptom de care vrei să scapi; în altul, poate fi chemarea către o existenţă autentică, chemare care merită ascultată cu orice preţ“, scria Percy.[i]

---

[i]) Tema anxietăţii, tulburării nervoase şi groazei existenţiale străbate o mare parte din scrierile lui Percy. În *The Second Coming* (*A doua venire*), Will Barrett, un avocat ieşit la pensie, trebuie să facă faţă unei afecţiuni ciudate care îl loveşte în urma morţii soţiei sale, un sentiment de depresie însoţit de o tulburare a giroscopului său interior, o lovitură slabă de golf şi ceea ce medicii săi consideră „epilepsie *petit mal*“. Will bănuieşte că afecţiunea lui nevrotică este provocată de faptul că lumea e „o farsă“. Dar unul dintre medici suspectează „o hemoragie uşoară sau un spasm arterial lângă sistemul limbic“. Este nefericirea lui Will o problemă de semnificaţie? Sau o întâmplare a biologiei?

Pe măsură ce romanul avansează, afecţiunea lui Will se adânceşte; leşină mai des şi începe să aibă năzuinţe religioase. În cele din urmă, familia îl internează, iar la spital un medic îl diagnostichează cu sindromul lui Hausmann, boală (inventată de Percy) printre ale cărei simptome se numără, pe lângă crize epileptice, „depresie, stări de fugă, anumite idei delirante, disfuncţie sexuală care alternează între impotenţă şi satiriazis, hipertensiune arterială şi [ceea ce dr. Hausmann numea] *wahnsinnige Sehnsucht*“ – „dorinţe inadecvate“. Cauza bolii, după cum îi explică medicii lui Will, este un simplu dezechilibru al pH-ului şi se tratează cu cel mai simplu dintre medicamente – un ion de hidrogen, un nucleu cu un singur proton. Will este internat într-un sanatoriu unde nivelul pH-ului poate fi controlat la un interval de câteva ore. „Este remarcabil, nu crezi“, spune medicul său, „că doar câţiva protoni, plus sau minus, pot provoca dispoziţii afective atât de complicate? Litiul, cel mai simplu metal, controlează depresia. Hidrogenul, cel mai simplu atom, controlează *wahnsinnige Sehnsucht*“. Will, aparent vindecat şi ducându-şi existenţa între zidurile sanatoriului, se minunează: „Ce ciudat să fii salvat, recuperat, convertit de ionul de hidrogen! Un proton la fel de simplu ca o bilă de biliard! Deci totul se reduce la chimie? Lovise el într-o criză de nestăvilit... cu pumnul în nisip... pentru că avea pH-ul de 7,6?“

Scriind aceste rânduri la sfârşitul anilor '70, când „ipoteza catecolaminergică a tulburărilor afective“ şi „teoria noradrenergică a depresiei“ câştigau

În scrierile sale, Percy face numeroase aluzii la ideea lui Kierkegaard că mai rău decât să fii disperat este să fii disperat și să nu știi – să fii anxios, dar să-ți construiești viața astfel încât să nu o

---

teren, Percy ironizează pretențiile reducționismului biologic. Reducând umanitatea lui Will – nu numai depresia lui, ci și ideile și năzuințele sale – la moleculele lui de hidrogen, Percy scrie un eseu critic despre psihofarmacologia modernă care, din perspectiva lui, patologizează alienarea.

Șapte ani mai târziu, puțin înainte de lansarea Prozacului în SUA, Percy a publicat o critică și mai aspră a materialismului biologic. În *The Thanatos Syndrome* (*Sindromul Thanatos*) figurează personajul Thomas More, un psihiatru care apăruse într-un roman anterior, *Love in the Ruins* (*Dragoste în ruine*). În *The Thanatos Syndrome*, dr. More, recent eliberat din închisoare, unde fusese închis pentru că vânduse ilegal benzodiazepina Dalmane în benzinării, se întoarce în orașul său natal, Feliciana, din Lousiana, unde descoperă că toată lumea se poartă ciudat. Femeile din orașul lui au dezvoltat tendința de a se prezenta cu fundul înainte pentru sex. Propria lui soție, pe lângă faptul că are această tendință, a dezvoltat o aptitudine ca de computer pentru jocul de bridge și a ajuns în campionatul național. El observă că femeile anxioase au pierdut brusc greutate și conștiință de sine și au câștigat îndrăzneală, voracitate sexuală și insensibilitate afectivă. Au năpârlit „de vechile groaze, de griji, de furii... ca de pieile de șarpe și a rămas în loc o privire goală și împăcată, un fel de bună dispoziție de animal". Se dovedește că niște lideri civili îngâmfați – printre care directorul Departamentului de Calitate a Vieții, agenție federală care supraveghează programul de eutanasie – și-au asumat sarcina de a introduce o substanță numită sodiu greu în apa potabilă, asemenea fluorurii, cu intenția de a „ameliora" bunăstarea socială. Sodiul greu îi face pe oameni mai liniștiți, mai puțin conștienți de sine și mai mulțumiți. Ceea ce nu e neapărat un lucru bun: pierzându-și anxietatea și conștiința de sine, locuitorii din Feliciana devin mai puțin umani. Sodiul greu le face pe femei să nu mai „sufere, să nu mai aibă aceleași griji, dar lipsește ceva, nu doar vechile terori, ceva din ele – ce? sinele?" Dr. More e sceptic, însă adepții sodiului greu încearcă să-l convingă că au dreptate. „Tom, vedem asta!" îi spune un susținător zelos al cauzei. „Vedem la tomografie! Vedem cum metabolizarea glucozei în sistemul limbic duce la tot felul de suferințe și cum cortexul oprește asta de parcă ar apăsa un buton. Vedem cum se activează *locus ceruleus* și hipotalamusul și cum crește libidoul – libidoul heterosexual sănătos – și cum scade depresia – putem să vedem!" Ironizând aroganța psihiatriei biologice, Percy intenționează să tragă un semnal de alarmă că suprimarea cu medicamente a vinovăției, anxietății, conștiinței de sine și melancoliei înseamnă suprimarea cu medicamente a sufletului.

simți. „Cu toții știm foarte bine că omul care-și trăiește viața nefiind decât consumator, partener sexual, director cu o perspectivă „centrată pe ceilalți", care evită plictiseala și anxietatea consumând tone de ziare, kilometri de film, ani întregi în fața televizorului, știm că un astfel de om și-a trădat întru câtva destinul de ființă umană"[32], scrie Percy în „The Coming Crisis of Psychiatry" („Apropierea crizei psihiatriei").

Dacă anxioliticele ne amuțesc anxietatea, dacă ne fac surzi la ea – dacă ne permit să fim disperați fără să știm – ne amorțesc sufletul? Percy pare să creadă că da.

Cred toate astea. Susțin ipostaza filozofică a lui Walker Percy și Søren Kierkegaard. Și totuși ce credibilitate am eu? La urma urmei, în timp ce scriu aceste rânduri sunt aici, în al treizecilea an de când iau medicamente psihiatrice, cu citalopram și alprazolam și poate și niște clonazepam de aseară în fluxul sangvin – cu sistemul serotoninergic și GABAminergic activat, cu glutamatul inhibat – arătându-mă de acord cu Peter Breggin că medicamentele sunt toxice și cu Walker Percy că ele diminuează sufletul. Nu sunt eu un mediu teribil de compromis pentru acest argument?

Și totuși, se poate spune, la fel a făcut și Percy, care lua somnifere pentru insomnia lui cronică. (Și pe bună dreptate: insomnia brutală a tatălui său l-a împins în bună parte la sinucidere.) Medicamentele psihiatrice – pentru unii oameni, în unele situații, o parte din timp – funcționează. Ar fi crud să-i refuzi schizofrenicului remisiunea chimică a ideilor sale delirante sau pacientului bipolar ușurarea farmacologică a maniilor care-i pun viața în primejdie și a depresiilor zdrobitoare – sau, da, individului răvășit de panică și blocat în casă o oarecare apărare medicală în fața anxietății. Cred că este întemeiat scepticismul în legătură cu afirmațiile industriei farmaceutice, îngrijorarea în privința implicațiilor sociologice ale medicalizării atât de intense a populației, și totodată este întemeiat acordul față de compromisurile existențiale pe care le aduce consumul de medicamente psihiatrice, fără a fi în opoziție ideologică față de utilizarea judicioasă a acestor medicamente.

Pe de altă parte, știu că ar fi mai bine să ascult de Percy, precum și de criticii moderni ai Big Pharma ca Edward Drummond și Peter Bregging, pentru că este evidentă ironia că trebuie să înghit astfel de medicamente ca să scriu această secțiune despre ele. Am mărit doza de Celexa, am ajuns dependent de Xanax și Klonopin și am consumat cantități eroice de alcool ca să-mi țin anxietatea departe. După ce 40 de ani nu am fumat nici o țigară (pentru că după ce am convins-o pe bunica mea să se lase de fumat când avea 60 și ceva de ani am promis să nu mă apuc niciodată), am fumat prima țigară la 41. După ce m-am temut atât de tare de narcoticele recreaționale (poate o dovadă a adaptabilității evoluționiste a precauției mele înnăscute) încât 40 de ani nu am tras nici măcar un fum de marijuana și nici nu am încercat vreo substanță pentru care nu aveam rețetă, am apelat din disperare (după ce am citit articolele entuziaste ale lui Freud despre asta) la cocaină și amfetamine. De multe ori am început seara susținut de cafeină și nicotină, de care aveam nevoie să mă scoată din toropeală și lipsă de speranță – doar ca să fiu catapultat în zbuciumul anxietății. Cu gândurile alergând, cu mâinile tremurânde, încheiam seara cu un Klonopin și apoi poate un Xanax și un pahar de scotch (și încă unul și încă unul) pentru a mă liniști. Nu e sănătos.

Mai constructiv, am încercat să apelez la Kierkegaard și Percy pentru curaj și consolare, și am încercat yoga, acupunctură și meditație. Mi-ar plăcea foarte mult să am acces la „farmacia mea interioară" – depozitul meu de hormoni și neurotransmițători sănătoși, naturali poate fi activat, spun vindecătorii New Age antidroguri, prin meditație și biofeedback și un „echilibru interior" mai bun –, dar, în ciuda eforturilor pe care le depun, nu nimeresc cheia.

Partea a IV-a
NATURĂ *VERSUS* CULTURĂ

CAPITOLUL 8
Anxietatea de separare

În copilărie, marea sursă a terorii e singurătatea.

— William James, *The Principles of Psychology (Principiile psihologiei)* (1890)

Când a început anxietatea mea?

Când eram mic și aveam crize monstruoase de furie în care urlam fără încetare și mă dădeam cu capul de podea?

Acestea erau întrebările cu care se confruntau părinții mei: era comportamentul meu o manifestare extremă, dar totuși tipică, a vârstei teribile de doi ani – sau era dincolo de pragul normalității? Care e diferența între anxietatea de separare din copilărie ca stadiu normal de dezvoltare și anxietatea de separare ca afecțiune clinică sau subclinică? Unde se trage linia între inhibiția temperamentală ca trăsătură normală de personalitate și inhibiția ca simptom patologic – semn, să spunem, al unei incipiente tulburări anxioase sociale?

În privința crizelor mele de furie, manualul scris de dr. Benjamin Spock pe care îl avea mama nu era decisiv, așa că m-a dus la un pediatru și i-a descris comportamentul meu. „Normal", a fost concluzia lui, și a sfătuit-o, în spiritul *laissez-faire* al culturii de creștere a copiilor din anii '70, să mă lase „să-mi fac numărul". Așa că părinții mei mă priveau tulburați cum mă puneam pe jos, urlam și mă zvârcoleam și mă dădeam cu capul de podea, uneori ore în șir.

Și cum poate fi înțeleasă timiditatea mea extremă de la trei ani? Când mama m-a dus pentru prima oară la grădiniță, nu a putut (sau nu a vrut – anxietatea de separare funcționează în ambele direcții când vine vorba de copii și părinți) să plece, pentru

că mă țineam de piciorul ei și scânceam. Totuși, anxietatea de separare la trei ani se încadrează în spectrul dezvoltării normale, și în cele din urmă am putut să stau singur la creșă trei dimineți pe săptămână. Și, deși era evident că manifestam semne de „temperament inhibat" – timid, introvertit, retrăgându-mă din situații nefamiliare (iar într-un laborator probabil aș fi manifestat o reacție de tresărire declanșată de mai nimic și un nivel înalt de cortizol în fluxul sangvin) –, nimic din toate astea nu constituia neapărat o dovadă de psihopatologie în curs de formare.

Astăzi nu e așa greu de înțeles că inhibiția mea comportamentală de atunci prevestea nevroza de la vârsta adultă – dar asta numai retrospectiv, privind anxietatea mea ca narațiune în desfășurare.

La vârsta de șase ani, când eram în clasa I, au apărut două probleme noi. Prima era revenirea într-o formă amplificată a anxietății de separare (voi spune imediat mai multe despre asta). A doua era debutul emetofobiei, al fricii de a nu vomita, fobia mea specifică, originală, cea mai acută și mai durabilă.

Conform informațiilor strânse de cercetătorii de la Harvard Medical School, primul simptom care apare în cazul a aproximativ 85% dintre adulții cu tulburări anxioase este o fobie specifică în copilărie. Aceleași informații, culese prin interviuri cu 250.000 de oameni din toată lumea, au dezvăluit de asemenea că primele experiențe de anxietate tind să se acumuleze și să metastazeze. Un copil care dezvoltă o fobie specifică – să spunem frica de câini – la șase ani prezintă un risc de cinci ori mai mare de a dezvolta o fobie socială în adolescență decât un copil căruia nu îi e frică de câini; în cazul aceluiași copil, este de 2,2 ori mai probabil să dezvolte la vârsta adultă o depresie majoră decât un copil fără fobie de câini.

„Tulburările anxioase", spune Ron Kessler, coordonatorul studiului realizat la Harvard, „au un tipar foarte stabil de comorbiditate în timp, debutul primei tulburări reprezentând o probabilitate foarte mare de apariție a unei a doua, care la rândul ei reprezintă o probabilitate foarte mare pentru o a treia și așa mai departe"[1]. („Comorbiditate" este termenul medical pentru prezența simultană la un pacient a două boli sau afecțiuni cronice;

anxietatea şi depresia sunt adesea comorbide, prezenţa uneia anunţând prezenţa celeilalte.) „Frica de câini la cinci sau la zece ani este importantă nu pentru că ar afecta calitatea vieţii", spune Kessler. „Frica de câini e importantă pentru că înseamnă că este de *patru ori mai probabil* să ajungi o mamă de 25 de ani deprimată, care a abandonat şcoala şi care e dependentă de droguri."[i]

Deşi nu este clară natura legăturii dintre fobia din copilărie şi psihopatologia de la vârsta adultă, nu încape îndoială că ea există – şi acesta este motivul pentru care Kessler insistă că diagnosticarea şi tratamentul timpuriu sunt atât de importante. „Dacă se dovedeşte că fobia de câini antrenează cumva psihopatologia adultă, atunci reuşita tratamentului timpuriu al copiilor fobici poate reduce incidenţa de mai târziu a depresiei cu 30-50%. Şi dacă ar fi doar 15% ar fi semnificativ.

Numerele din studiul realizat de Kessler par să traseze statistic destinul anxietăţii mele: de la fobia specifică de la şase ani la fobia socială care a debutat în jur de 11 ani la tulburarea de panică

---

[i]) Puternica asociere predictivă între frica de câini din copilărie şi disfuncţia de la vârsta adultă ar putea să însemne că o fobie de câini ar *cauza* cumva fobia socială, depresia sau dependenţa de droguri de mai târziu. Sau ar putea însemna că frica de câini din copilărie şi depresia de la vârsta adultă tind să fie provocate de aceleaşi tipuri de circumstanţe de mediu – o copilărie petrecută într-un mediu defavorizat, să spunem, unde pitbulii periculoşi sunt o ameninţare reală şi unde trauma timpurie sau privaţiunea pot pune baza neuronală a depresiei de mai târziu. Sau ar putea să însemne că frica de câini şi depresia sau dependenţa de droguri de la vârsta adultă sunt indicatori comportamentali diferiţi ai aceluiaşi aspect genetic – acelaşi cod care te predispune la frica de câini poate să te predispună şi la depresie. Sau, în sfârşit, poate că frica de câini din copilărie este de fapt *exact acelaşi lucru* cu tulburarea de panică sau depresia de la vârsta adultă. Adică se poate ca fobia din copilărie şi depresia de mai târziu să fie aceeaşi afecţiune care îşi urmează desfăşurarea prin diferite stadii de dezvoltare, în fiecare stadiu manifestându-se simptome diferite. După cum am menţionat, fobiile specifice tind să apară timpuriu – la jumătate dintre toţi oamenii care vor avea vreodată o fobie în viaţa lor fobia apare între şase şi 16 ani –, aşa că poate o fobie de câini este pur şi simplu primul simptom al unei tulburări mai extinse, la fel cum o durere în gât poate prevesti o răceală.

de la sfârșitul adolescenței la agorafobia și depresia de la 20 și ceva de ani. Reprezint prin patogeneză – dezvoltarea patologiei mele – un caz de manual.

...lipsa persoanei iubite (dorite)[...] deschide drumul spre înțelegerea angoasei. — Sigmund Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă* (1926)[a]

Când aveam șase ani, mama a început să urmeze cursurile de seară ale Facultății de Drept. Tata spune că el a împins-o, pentru că văzuse cum mama mamei ajunsese deprimată și alcoolică, o gospodină din suburbie fără slujbă și fără aspirații profesionale. Mama, în ce o privește, spune că a început să studieze dreptul împotriva obiecțiilor tatălui meu. Mai mult, adaugă că mama ei nu era nici deprimată, nici alcoolică. (Presupun că mama este mai de încredere aici, dar, fără să știu cine are dreptate, bunica, pe care am iubit-o mult, avea adesea un iz plăcut de gin.)

Recrudescența intensă a anxietății mele de separare a coincis cu momentul în care mama a început Facultatea de Drept. În fiecare zi din clasa I eram adus acasă de la școală cu mașina și eram întâmpinat de una dintr-o serie de bone. Toate erau foarte drăguțe. Dar aproape fiecare seară se termina la fel: mergeam prin dormitor înainte și înapoi, așteptând cu disperare ca tata să se întoarcă de la slujbă. Pentru că aproape în fiecare seară, timp de cam patru ani – și apoi cu intermitențe încă vreo zece ani –, eram convins că părinții mei n-aveau să se mai întoarcă acasă; că muriseră sau mă abandonaseră și că eram orfan, perspectivă intolerabil de înfricoșătoare.

Chiar dacă fiecare seară oferea încă o dovadă că părinții mei se întorceau întotdeauna, asta nu m-a liniștit niciodată. *De data asta*, eram eu convins de fiecare dată, *chiar nu o să se mai întoarcă.* Așa că mergeam înainte și înapoi prin camera mea și mă așezam pe calorifer și mă uitam plin de speranță pe fereastră și pândeam

[a]) Vezi Sigmud Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. rom. cit., p. 311 (n. tr.).

disperat zgomotul Volkswagenului tatălui meu. Trebuia să ajungă acasă cel târziu la 6:30, așa că, atunci când trecea de 6:10 și 6:15, începeam să sufăr de paroxismele zilnice de anxietate și disperare.

Așezat pe calorifer, cu nasul lipit de geam, încercam să-l fac să vină acasă cu puterea voinței, reprezentându-mi mental întoarcerea lui – Volkswagenul ia curba din strada Common și intră pe strada Clark, urcă dealul și face stânga pe Clover, apoi dreapta pe strada noastră, Blake –, și atunci mă uitam pe stradă și încercam să aud motorul mașinii. Și... nimic. Mă holbam la ceasul din dormitor și deveneam din ce în ce mai agitat pe măsură ce secundele treceau. Imaginează-ți că tocmai ai aflat că o persoană dragă a murit într-un accident de mașină. Fiecare seară aducea aceleași 15-30 de minute în care chiar simțeam că mi se spusese asta – o jumătate de oră de agonie pură, în care eram absolut convins, fără urmă de îndoială, că părinții mei muriseră sau mă abandonaseră –, chiar dacă bona cea prietenoasă și sora mea se jucau la parter. Și apoi, în sfârșit, de obicei între 6:30 și 7, Volkswagenul ajungea pe stradă și intra pe aleea noastră, și eu eram cuprins de un val de euforie provocat de ușurare: *E acasă, e viu, nu am fost abandonat!*

După care în seara următoare treceam din nou prin toate astea.

Weekendurile în care părinții mei ieșeau în oraș erau și mai rele. Frica mea de abandon nu era rațională. În cea mai mare parte a timpului eram convins că părinții mei muriseră într-un accident de mașină. Alteori eram sigur că pur și simplu se hotărâseră să plece – fie pentru că nu mă mai iubeau, fie pentru că ei de fapt nu erau părinții mei adevărați. (Câteodată credeam că erau extratereștri; uneori mă gândeam că erau roboți; se întâmpla să fiu convins că sora mea era o pitică adultă care fusese antrenată să joace rolul unei fetițe de cinci ani în timp ce colegii ei, părinții mei, făceau experimentele pe care le aveau de făcut înainte de a mă abandona.)

Mama, mai atentă la anxietatea mea decât tata, și-a dat seama că începeam să mă îngrijorez mult înainte de ora la care promiseseră că se întorc. Așa că, înainte să plece și eu să întreb ritualic

„La ce oră vă întoarceți cel mai târziu?", mama îmi spunea o oră cu 15 sau 20 de minute mai târziu de momentul în care estima de fapt că se întorc. Dar m-am prins repede de tertipul ăsta și puneam la socoteală și acest timp, începând să merg agitat înainte și înapoi cu 45 de minute sau o oră înainte de ora pe care mi-o spusese. Iar mama s-a prins de *asta* și a mutat ora și mai târziu, dar eu mi-am dat seama de *asta* – și îi dădeam înainte într-un fel de cursă a înarmării cu intervale spuse și presupuse care până la urmă m-a făcut să nu mai cred nimic din ce-mi spunea, așa că anxietatea începea să crească din momentul în care plecau.

Nu-mi place să spun asta, dar îngrijorările din weekenduri au durat mult. La începutul adolescenței uneori sunam (sau o obligam pe sora mea să sune) la petrecerile la care se aflau părinții mei, ca să mă asigur că erau în viață. De câteva ori am trezit vecinii (și o dată l-am trezit pe preotul bisericii episcopale din cartier), bătându-le la ușă noaptea târziu să le spun că părinții mei nu erau acasă și că s-ar putea să fi murit, și îi rugam să sune la poliție. Când aveam șase ani, asta era stânjenitor pentru părinții mei; când aveam 13, era umilitor.

Când aveam 12 ani, până și să fiu noaptea singur în camera mea – care era față în față cu camera părinților mei, la o distanță mai mică de patru metri – devenise un chin. „*Promiți* că totul o să fie bine?" o întrebam pe mama când mă băga în pat. Pe măsură ce emetofobia s-a agravat, mă temeam să nu mă trezesc vomitând. Asta mă făcea ca înainte de culcare să fiu anxios și să-mi fie greață. Într-o seară când mă simțeam așa, i-am spus mamei:

— Nu mă simt bine. Poți, te rog, să fii foarte atentă noaptea asta?

Ea a spus că va fi. Dar apoi, câteva seri mai târziu, probabil că mă simțeam mai agitat decât de obicei, pentru că am spus:

— Poți, te rog, să fii foarte, *foarte* atentă noaptea asta?

Îmi amintesc exact cuvintele, pentru că am început să pun aceeași întrebare în fiecare seară. În cele din urmă, asta s-a transformat într-un ritual cu o desfășurare precisă și bizară, care s-a păstrat până am intrat la facultate.

— *Promiți* că totul o să fie bine?

— Promit.

— Și o să fii foarte, foarte, foarte, foarte, *foarte* atentă, de 357 de ori și un sfert atentă?

— Da.

Ca un psalm, cu al cincilea „foarte" apăsat, în fiecare seară, ani la rând.

Anxietatea de separare afecta aproape fiecare aspect al vieții mele. La pubertate eram un atlet cu o coordonare rezonabilă, dar iată cum s-a încheiat primul meu antrenament de baseball: aveam șase ani și plângeam pe banca de rezerve, lângă un antrenor prietenos care stătea acolo fără să înțeleagă nimic. (Nu m-am mai întors.)

Iată cum s-a terminat prima mea lecție de înot: aveam șapte ani, mi-era frică și refuzam plângând să intru în apă alături de ceilalți copii.

Iată cum s-a încheiat primul meu antrenament de fotbal: aveam opt ani, stăteam pe margine și plângeam lângă bona care mă adusese, rezistând rugăminților de a mă alătura celorlalți băieți care făceau exerciții.

Iată cum am petrecut dimineața primei excursii, când aveam cinci ani: stăteam lângă dulăpiorul meu și plângeam fiindcă mi-era dor de mama și-mi doream să mă duc acasă.

Iată cum am petrecut primele două ore din prima (și singura) noapte în tabără, când aveam șapte ani: plângeam într-un colț, înconjurat de o grămadă de consilieri dezorientați care încercau întruna și fără succes să mă consoleze.

Iată cum am petrecut timpul cât a durat drumul spre facultate pe care l-am făcut împreună cu părinții mei: plângeam pe scaunul din spate, copleșit de anxietate și de dor de casă anticipat, îngrijorat că părinții mei nu mă vor mai iubi după ce voi pleca la facultate – „plecat", în cazul ăsta, nu însemna decât la cinci kilometri de casa părinților mei.

De ce nu puteam fi niciodată sigur de iubirea sau protecția părinților mei? De ce erau atât de dificile activitățile obișnuite din copilărie? Ce asigurare existențială căutam în seriile de întrebări-și-răspunsuri cu mama?

Prima condiție de angoasă [...] este deci cea a pierderii percepției, echivalată cu cea a pierderii de obiect; [...] pierderea iubirii din partea obiectului devine un nou pericol și condiție de angoasă, mult mai statornică.

— Sigmund Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă* (1936)[a]

În 1905, Freud a scris „Angoasa copiilor nu este la origine altceva decât expresia faptului că le lipsește persoana iubită"[2], și de atunci înainte așa-numita anxietate de separare a rămas un punct de interes pentru cercetători și clinicieni. Zeci de ani de studii realizate de psihologi, primatologi, antropologi, endocrinologi, etologi și alții au arătat din nou și din nou, în nenumărate moduri, semnificația esențială pe care o are legătura timpurie dintre mamă și copil pentru determinarea stării de bine pe termen lung a copilului. Natura relației mamă–copil începe să se structureze în momentul în care sugarul ajunge în lume – odată cu „trauma nașterii", după cum a spus Otto Rank, unul dintre primii psihanaliști freudieni –, dacă nu chiar mai devreme. Experiențele din pântec și din copilăria timpurie pot avea efecte profunde și care durează zeci de ani asupra modului în care se simte copilul – și, conform unor cercetări recente, se pot manifesta la generațiile următoare.

Însă cu toată perspicacitatea pe care a arătat-o în legătură cu rolul primelor experiențe asupra sănătății afective de pe parcursul întregii vieți, în cea mai mare parte a carierei sale Freud a fost orb într-un mod de neînțeles cu privire la modurile în care relațiile părinte–copil afectează psihicul uman. Asta pare să fie adevărat în special în cazul propriului său psihic.

Timp de mulți ani, Freud a suferit de o fobie debilitantă de-a călători cu trenul. Fobia de tren s-a manifestat pentru prima dată, conform propriei sale relatări, în 1859, când avea trei ani. Afacerea cu lână a tatălui său se prăbușise, așa că familia s-a mutat de la Freiberg, un orășel din Austro-Ungaria (acum Příbor, Republica Cehă), la Viena. Când familia a ajuns în gara din Freiberg, micul

[a]) Freud, *Inhibiție simptom, angoasă*, trad. rom. cit., p. 345 (n. tr.).

Sigmund era îngrozit: felinarele cu gaz care iluminau gara îl făceau să se gândească la „sufletele care ard în iad“[3]; se temea că trenul o să plece fără el, ducându-i departe pe părinții săi și lăsându-l în urmă. De atunci înainte, ani în șir călătoriile cu trenul i-au provocat atacuri de panică.

Viața lui a fost delimitată de fobia de călătorii. Multă vreme și-a manifestat dorința de a vizita Roma – dar l-a împiedicat ceea ce el numea „nevroza Roma“. Când era obligat să meargă cu trenul împreună cu familia, își lua loc într-un alt compartiment, pentru că era stânjenit ca soția și copiii săi să fie martori la crizele lui de anxietate. Insista în mod compulsiv să ajungă la gară cu ore întregi înainte de plecare, pentru că nu a scăpat niciodată de frica intensă de a fi lăsat în urmă pe care a simțit-o pentru prima oară la trei ani.

Un terapeut modern ar atribui în mod firesc fobia de călătorii a lui Freud fricilor sale de abandon din copilărie. Freud nu a făcut asta, ci, după cum i-a scris în 1897 prietenului său Wilhelm Fliess, credea că anxietatea sa fusese declanșată de faptul că o văzuse goală pe mama lui în compartimentul trenului în timpul călătoriei de la Freiberg la Viena. Să o fi văzut astfel într-un moment în care „se trezise libidoul față de matrem“[4] trebuie să-i fi provocat excitație sexuală, presupunea Freud, și, deși avea doar trei ani, cunoștea natura de tabu a unei astfel de dorințe incestuoase și, prin urmare, a refulat-o. Această refulare, teoretiza el, a generat anxietatea pe care a transformat-o nevrotic într-o fobie de trenuri. „Tu însuți ai văzut în plină desfășurare anxietatea pe care mi-o provoacă trenurile“[5], îi amintește lui Fliess.

Este semnificativ că Freud nu își putea aminti concret să-și fi văzut mama goală în tren; doar presupunea că așa trebuie să se fi întâmplat și că își împinsese apoi imaginea în inconștient. Pe baza acestei supoziții (forțate) a generalizat că toate fobiile de tren pornesc de la o dorință sexuală refulată și că persoanele „cu tendința de a avea atacuri de panică în timpul călătoriei“ se protejează de fapt „de repetarea unei experiențe atât de penibile prin angoasa de tren“[6].

Pe baza acestei experienţe (foarte probabil imaginate), Freud a elaborat în anii următori complexul Oedip şi a tras concluzia că era „un eveniment universal al copilăriei timpurii“[7]. Va face în cele din urmă din complexul Oedip punctul esenţial al teoriei sale psihanalitice a nevrozei.[i]

Pot oare anxietatea mea de separare de când eram mic, precum şi anxietatea şi problemele mele constante de dependenţă de la vârsta adultă să fie atribuite sentimentelor mele sexuale refulate faţă de mama? Cu siguranţă nu am simţit niciodată asta. Desigur, Freud ar spune că *nu* m-aş fi simţit aşa: tocmai asta e ideea, că astfel de sentimente sunt refulate, trimise în inconştient şi transformate în anxietate provocată de alte lucruri – trenuri sau înălţimi sau şerpi sau orice altceva. Şi mărturisesc aici ceva ce susţine teoria lui Freud: numele fetei care mi-a plăcut prima dată, în clasa a cincea, era Anne; numele primei mele iubite de după facultate, cu care am fost împreună timp de trei ani, era Ann; imediat după relaţia cu Ann am avut o relaţie de aproape doi ani cu o fată pe care o chema Anna; pe fata pentru care am părăsit-o pe Anna o chema Anne; şi numele soţiei mele este Sus*anna*. Cum o chema pe mama? Anne, bineînţeles. Obişnuiam să glumesc că faptul de a fi împreună cu toate aceste Ann, Anne şi Anna reducea probabilitatea de a le greşi numele – fiindcă şi un nume greşit ar fi sunat corect. Dar Freud ar spune că de fapt pericolul era să le spun – pe numele pe care îl căutam la toate aceste Ann, Anne şi Anna – Mama. Încă o confirmare a determinismului oedipian al relaţiilor mele romantice este faptul că şi pe bunica din partea tatălui o chema tot Anne – ceea ce înseamnă că tata s-a căsătorit la rândul lui cu o femeie cu acelaşi nume ca mama lui.

Dar există, desigur, o explicaţie mai puţin sexuală a modului în care experienţele din copilăria timpurie despre care vorbeşte

---

[i]) Conform teoriei lui Freud a complexului Oedip, cea mai mare frică a băiatului este că tatăl îl va castra ca pedeapsă pentru că a dorit-o sexual pe mamă, şi cea mai mare frică a fetei este generată de invidia penisului, dat fiind că ea nu are. După cum i-a scris lui Fliess, aceste lucruri sunt derivate în mare din propria amintire a lui Freud „de a fi îndrăgostit de mama şi gelos pe tata“.

Freud au provocat anxietatea și fobia sa de trenuri care au durat toată viața.

Primul an din viața lui Freud a fost marcat de pierdere și de retragerea atenției din partea mamei sale, Amalia. La scurt timp după ce s-a născut, în 1856, mama lui a rămas din nou însărcinată și a născut un fiu, Julius. După mai puțin de un an, Julius a murit, doborât de o infecție intestinală. Pe atunci, familia Freud locuia într-un apartament cu o singură cameră, așa că e probabil ca micuțul Sigmund să fi fost martor la moartea fratelui său și la reacția părinților față de aceasta. Unii dintre biografii lui Freud au sugerat că moartea lui Julius a aruncat-o pe Amalia într-o depresie care a făcut-o să fie distantă și indisponibilă pentru Sigmund. (Depresia mamelor cu copii de această vârstă poate comporta un risc foarte mare de anxietate și depresie în viața de mai târziu a copiilor.) Mama lui fiind indisponibilă afectiv, Freud a apelat în mod firesc la o altă figură maternă – la doică, o catolică din Cehia care l-a îngrijit în timpul primilor săi ani. Dar, când Sigmund încă era un copil mic, doica a fost surprinsă furând și a fost trimisă la închisoare; nu a mai văzut-o niciodată.

Concluzia logică ar fi aici că fobia de tren a lui Freud era o reacție la frica de abandon provocată de seria de pierderi din copilărie – moartea fratelui său, indisponibilitatea afectivă a mamei și dispariția bruscă a principalei persoane care îl îngrijea. Dar Freud a rămas fixat pe demonstrarea explicației sexuale a anxietății și pe complexul Oedip. Îi va exila pe toți (inclusiv pe Alfred Adler, Carl Jung și Otto Rank) care vor îndrăzni să pună la îndoială locul central al acestora.

Originea oricărei anxietăți este anxietatea nașterii.

— Otto Rank, *Das Trauma der Gerburt* (*Trauma nașterii*) (1924)

Mai târziu în cariera sa, când Freud a trecut de la teoria libidoului refulat ca sursă a anxietății la teoria conflictului intrapsihic, a început să privească mai îndeaproape modul în care relațiile dintre

părinți și copii – „relațiile de obiect" în jargonul psihanalitic – sunt legate de anxietate.

Ultimele schimbări ale teoriei lui Freud despre anxietate au fost motivate de dezaprobarea unei cărți scrise de unul dintre cei mai devotați acoliți ai săi. Otto Rank, secretarul Societății de Psihanaliză de la Viena a lui Freud, intenționa ca *Das Trauma der Geburt*, publicată în 1924, să fie un tribut adus mentorului său. (Cartea îi este dedicată lui Freud, „exploratorul inconștientului, creatorul psihanalizei"). Principalul argument al lui Rank, minuțios elaborat, era că nașterea – deopotrivă actul fizic de trecere prin canalul uterin și actul psihic de separare de mamă – este atât de traumatică, încât experiența devine modelul tuturor experiențelor ulterioare ale anxietății. Cu această afirmație, Rank construia pe temelia pe care Freud însuși construise. „Actul nașterii este în plus cea dintâi trăire de angoasă și astfel este sursă și prototip al afectului de angoasă", scrisese Freud în 1908 într-o notă de subsol în a doua ediție a *Interpretării viselor*, și expusese din nou această concepție în anul următor într-un discurs în fața Societății de Psihanaliză de la Viena.[i]

Însă *Das Trauma der Geburt* era o lucrare de o asemenea extravaganță interpretativă, încât Freud, deși el însuși deloc străin de salturile interpretative, a găsit-o bizară și năucitoare și a dedicat un întreg capitol din *Inhibiție, simptom și angoasă* repudierii acesteia.[ii] Argumentele lui Rank l-au obligat pe Freud să abordeze din

i) James Strachey, psihanalist britanic și traducător al operei lui Freud, a speculat că Freud făcuse legătura între naștere și anxietate încă din perioada 1880–1890, când, medic fiind, a auzit povestindu-se despre o moașă care afirmase că există o relație care durează întreaga viață între naștere și frică. (Vezi *Interpretarea viselor*, trad. de Roxana Melnicu, în Freud, *Opere esențiale*, vol. 2, Editura Trei, București, 2017, pp. 467–468 – n. tr.)

ii) Rank considera că trauma nașterii explică totul – de la cuceririle teritoriale ale lui Alexandru cel Mare (motivate de „încercarea de a fi singurul posesor al mamei", înlăturându-l pe tată) la schimbările sociale ca Revoluția Franceză (o încercare de [...] uzurpare a „dominației masculine" și de întoarcere la mamă), de fobia de animale („raționalizare [...] a dorinței – prin dorința de a fi mâncat – de întoarcere în pântecul mamei"), devotamentul apostolilor

nou modurile în care primele experienţe de viaţă sunt relevante pentru anxietate. Asta l-a făcut să-şi revizuiască propria teorie.

În ultimul capitol din *Inhibiţie, simptom şi angoasă*, Freud vorbeşte pe scurt despre ceea ce el numea „factorul biologic“[8], prin care se referea la „neajutorarea şi dependenţa care se menţin mult timp la copilul omului“.

Freud scria că „existenţa intrauterină a omului pare relativ scurtată faţă de majoritatea animalelor: el este trimis în lume mai neterminat decât ele“[9]. Se pare să sugarul ştie instinctiv că mama poate oferi hrană şi susţinere şi învaţă foarte repede că prezenţa mamei înseamnă siguranţă şi confort şi că absenţa ei înseamnă pericol şi disconfort. Observând asta, Freud a tras concluzia că cea mai timpurie anxietate a oamenilor – şi astfel, într-o anumită măsură, sursa tuturor stărilor anxioase de mai târziu – este o reacţie la „pierderea obiectului“ – „obiectul“ fiind mama. „Acest factor biologic ia fiinţă deci din primele situaţii de pericol“, scrie Freud. Anxietatea iniţială este provocată de pierderea îngrijirii materne; de-a lungul vieţii, „[dorinţa de a fi iubit] nu îl va părăsi niciodată pe om“[10].

În ultimele pagini din *Inhibiţie, simptom şi angoasă*, Freud dezvoltă succint ideea că anxietatea fobică a adulţilor este o rămăşiţă a adaptărilor evoluţioniste ale oamenilor: fobiile de furtuni, animale, străini, singurătate şi întuneric reprezintă „resturile diminuate ale unei precauţii congenitale “[11] pentru pericolele reale care existau în starea naturală. Pentru primii bărbaţi şi primele femei, faptul de a fi singuri sau în întuneric sau muşcaţi de un şarpe sau un leu – şi, desigur, separarea unui sugar de mamă – reprezenta o ameninţare reală cu moartea. Prin toate acestea, Freud anticipa

---

pentru Isus Cristos („vedeau în El că reuşise să depăşească trauma naşterii“). Unii dintre discipolii de mai târziu ai lui Freud îl vor denunţa pe Rank, nu fără motiv, ca fiind nebun.

[i]) Majoritatea animalelor ies din uter sau din ou dependente într-o anumită măsură de îngrijirea părinţilor pentru supravieţuire, dar majoritatea sunt relativ mai puţin dependente la naştere decât copiii.

descoperirile biologilor și specialiștilor în neuroștiințe care aveau să studieze fobiile în următoarele decenii.[i]

Cu alte cuvinte, când avea 70 de ani, Freud s-a apropiat în sfârșit, printr-o adnotare la una dintre ultimele sale lucrări, de ceea ce va deveni modalitatea științifică modernă de înțelegere a anxietății. Dar era prea târziu. Discipolii lui porniseră deja la drum cu „complexul Oedip" și „invidia penisului" și „anxietatea de castrare" – și cu „complexul de inferioritate" (Adler) și „inconștientul colectiv" (Jung) și „instinctul de moarte" (Melanie Klein) și „fixații orale și anale" (Karl Abraham) și așa-numitele „fantasme" despre „sânul rău și sânul bun" (iarăși Klein). Timp de o generație, pe măsură ce domeniul s-a dezvoltat în anii de dinaintea și de după al Doilea Război Mondial, perspectiva psihanalitică dominantă a fost că anxietatea era provocată de acumularea pulsiunii sexuale.

Deși se consideră că părinții joacă un rol important în dezvoltarea de către copil a unei susceptibilități sporite la frică, comportamentul lor nu este văzut în termeni de condamnare morală, ci ca fiind determinat de experiențele pe care le-au trăit ei înșiși în copilărie.

— John Bowlby, *Separation: Anxiety and Anger* (*Separare: anxietate și furie*) (1973)

Omul în cea mai mare măsură responsabil pentru descifrarea misterelor anxietății de separare și pentru aducerea acestui concept în centrul psihiatriei moderne a fost psihanalistul britanic John

[i]) Freud a păstrat pentru psihanaliză un elan interpretativ postulând că fobiile din copilărie devin prea severe sau se mențin la vârsta adultă numai atunci când se transformă în frici de lucruri din exterior (de șobolani sau de înălțimi sau de întuneric sau de fulger sau de spații deschise – sau de maioneză, o fobie prezentă în literatură) asupra cărora sunt proiectate conflicte psihice interioare. Din această perspectivă, fobiile sunt reprezentări simbolice exterioare ale amenințărilor pe care sinele [*id*] (cu impulsurile sale nemărginite care trebuie refulate) și supraeul (cu impunerile sale stricte de conștiință și moralitate) le pun asupra eului.

Bowlby, care s-a străduit la rândul lui să salveze psihanaliza de chinuitoarea ambiție teoretică. Instruit în anii '30 de Melanie Klein, protejată a lui Freud, Bowlby va ajunge să dezvolte așa-numita teorie a atașamentului – ideea că nivelul de anxietate al individului derivă în linii mari din natura relației cu primele figuri de care te atașezi, cel mai adesea mama.

Bowlby s-a născut în 1907, fiu al unui chirurg aristocrat care se îngrijea de sănătatea regelui Marii Britanii, și a spus mai târziu că a avut un „mediu foarte stabil"[12]. Dar nu e greu să vezi că interesele clinice și de cercetare ale lui Bowlby, la fel ca în cazul lui Freud, aveau la bază propriile experiențe din copilărie. Conform psihologului Robert Karen, mama lui Bowlby era „o femeie severă, dură, egoistă, care nu-i lăuda niciodată pe copii și care părea să nu știe deloc că și ei aveau o viață afectivă"[13]; tatăl lui Bowlby, în general absent, era „un soi de agresor infatuat". Copiii familiei Bowlby obișnuiau să ia masa separat de părinții lor până la vârsta de 12 ani – când li s-a permis să li se alăture părinților numai la desert. Până să fi împlinit 12 ani, Bowlby fusese deja plecat de acasă, trimis la internat, timp de patru ani. În public va spune întotdeauna că părinții lui l-au trimis de acasă pentru că voiau să-l protejeze de bombele pe care se temeau că le vor arunca zeppelinele germane deasupra Londrei în Primul Război Mondial; totuși, într-un cadru personal a mărturisit că ura internatul și că nu ar trimite de acasă la o vârstă atât de mică nici măcar un câine.[i]

Înainte de Bowlby, psihanaliștii nu se arătau în general interesați de relațiile de zi cu zi dintre părinți și copii. Îi interesau mai degrabă alăptarea, mersul la oliță și (mai ales) situațiile în care copilul fusese martor la contactul sexual al părinților. Oricine punea accentul pe experiențele reale ale copilului – și nu pe fantasmele lui – „era văzut ca un biet naiv", își va aminti Bowlby mai târziu. O dată, când era încă student la Medicină, se uita exasperat cum o serie de studii de caz prezentate la Societatea Britanică de

[i]) Robert Karen observă că aproape tot ce a scris Bowlby în îndelungata sa carieră despre nevoile copiilor mici „poate fi considerat o critică a modului de creștere a copiilor la care fusese supus"[14].

Psihanaliză identificau originea tulburărilor afective ale pacienților în fantasme din copilărie. Nu a mai putut să îndure și a izbucnit: „Dar *chiar* există mame *rele*!"[15] Ăsta nu era un lucru pe placul instituției psihanalitice.

În 1938, când încă se mai afla în relații bune cu mandarinii psihanalizei, a primit drept coordonator una dintre figurile centrale ale freudismului, Melanie Klein.[i]

Bowlby se va găsi curând în dezacord cu multe dintre perspectivele lui Klein – cum ar fi cu faptul că sugarii mustesc de ură, libido, invidie, sadism, instincte de moarte și furie față de constrângerile supraeului și cu faptul că originea nevrozelor ar fi conflictul dintre „sânul bun" și „sânul rău". Conform celor mai multe relatări, Klein însăși nu era o persoană plăcută; Bowlby o va descrie mai târziu ca „o bătrână înfiorător de vanitoasă care îi manipula pe oameni"[16]. Însă îl tulbura mai ales ignorarea de către Klein a relației reale dintre mamă și copil. Primul caz tratat sub supervizarea lui Klein a fost un băiețel anxios și hiperactiv. Bowlby a observat imediat că mama băiatului era „o femeie extrem de anxioasă, tulburată, care își tot strângea mâinile, într-o stare tensionată și nefericită"[17]. Pentru el părea evident că problemele emoționale ale mamei contribuiau la cele ale băiatului și că o abordare de bun-simț a tratamentului ar fi inclus consilierea mamei. Dar Klein i-a interzis lui Bowlby să vorbească cu femeia. Când mama a fost în cele din urmă internată într-un spital de boli psihice după o cădere nervoasă, reacția lui Klein a fost de exasperare pentru că trebuia să găsească un alt pacient, din moment ce nu mai avea

[i]) Născută în Viena și instruită ca educatoare, Klein va ajunge, după încheierea unei căsnicii nefericite, în psihanaliză cu doi dintre cei mai apropiați discipoli ai lui Freud, Sándor Ferenczi și Karl Abraham, iar apoi va deveni ea însăși unul dintre cei mai importanți urmași și interpreți ai lui Freud. În 1926, Klein, în vârstă de 44 de ani, s-a mutat la Londra, unde a fost extrem de bine primită de Ernest Jones, directorul Societății Britanice de Psihanaliză și cel mai înflăcărat protector al moștenirii lui Freud. Venirea lui Klein la Londra și mai ales dezarcordul dintre ea și Anna Freud, fiica lui Freud, în privința analizei și tratamentului copiilor au dus la o scindare a societății între kleinieni și (Anna) freudieni pe parcursul celui de-al Doilea Război Mondial.

cine să-l aducă pe băiat la cabinet. „Faptul că biata femeie a avut o cădere nu prezenta nici un fel de interes clinic [pentru Klein]"[18], va spune Bowlby mai târziu. „Asta m-a îngrozit, ca să fiu sincer. Și din acel moment misiunea vieții mele a fost să demonstrez că experiențele reale au un efect foarte important în dezvoltare."

În 1950, Ronald Hargreaves, directorul secției de psihiatrie de la Organizația Mondială a Sănătății, i-a solicitat lui Bowlby un raport despre problemele psihologice ale miilor de copii europeni care rămăseseră fără adăpost din cauza pagubelor produse de cel de-al Doilea Război Mondial. Raportul lui Bowlby, *Maternal Care and Mental Health* (*Îngrijirea maternă și sănătatea mintală*), reprezenta un îndemn pentru guverne să recunoască faptul că afecțiunea mamei este la fel de importantă pentru sănătatea mintală „ca vitaminele și proteinele pentru sănătatea fizică". Oricât ar părea de ciudat acum, în 1950 nu prea erau cunoscute efectele *parenting*-ului asupra dezvoltării psihologice – în special în cadrul psihiatriei, unde tratamentul încă era centrat pe procesarea fantasmelor.[i]

Primele cercetări ale lui Bowlby au fost centrate pe ce se întâmpla când, din cauza ingerințelor războiului sau bolii, copiii erau separați de mamă. Teoria psihanalitică și cea comportamentală susțineau că separarea de mamă nu prea conta atâta timp cât erau satisfăcute nevoile de bază (hrană, adăpost) ale copilului. Bowlby a descoperit că asta nu era deloc adevărat: când copiii mici erau separați de mamă pentru o perioadă îndelungată aveau tendința de a manifesta o suferință acută. Bowlby s-a întrebat dacă efectele separării prelungite în copilăria timpurie ar putea duce la o boală psihică de mai târziu. Copiii care la reîntâlnirea după

---

[i]) În prima cercetare asupra isteriei, la începutul anilor 1890, Freud susținea că nevrozele adulților sunt rezultatul unor traume *reale* din copilăria timpurie, cel mai frecvent de natură sexuală – dar până în 1897 și-a revizuit perspectiva și a susținut noua concepție a complexului Oedip, afirmând acum că nevrozele erau rezultatul *fantasmelor* refulate din copilărie de a face sex cu părintele de sex opus și de a-l ucide pe cel de același sex. Adulții fără nevroze erau cei care își rezolvaseră cu succes complexul Oedip; adulții cu nevroze – cei care nu făcuseră asta.

o separare se agăţau de mamă, presupunea Bowlby, erau cei care vor ajunge adulţi nevrotici, dornici de atenţie şi afecţiune; cei care deveneau ostili erau cei care vor evita intimitatea şi vor dezvolta cu greu relaţii profunde.

În anii '40 şi '50, când era director al secţiei de copii de la o clinică din Londra, Bowlby a început să exploreze modul în care relaţiile cotidiene dintre mamă şi copil – ceea ce va numi stil de ataşament – afectau starea psihologică a copilului. A descoperit că aceleaşi tipare apăreau iar şi iar.

Când mamele aveau relaţii „de ataşament securizant" cu bebeluşii lor – mame care erau calme şi disponibile fără să fie sufocante sau hiperprotectoare – copiii erau mai calmi, se aventurau mai mult, erau mai fericiţi; aveau un echilibru stabil între menţinerea apropierii de mamă şi explorarea mediului.

Copiii cu ataşament securizant erau capabili să creeze ceea ce Bowlby numea un „model intern operant" al iubirii mamei pe care îl puteau duce cu ei în lume de-a lungul întregii vieţi – un sentiment interiorizat de protecţie psihologică, senzaţia de a fi iubit şi în siguranţă în lume. Dar dacă mamele aveau relaţii de ataşament „nesigure" sau „ambivalente" cu pruncii lor – dacă mamele erau anxioase şi hiperprotectoare sau reci din punct de vedere emoţional şi retrase –, copiii erau mai anxioşi şi se aventurau mai puţin; se agăţau de mamă şi deveneau foarte agitaţi ca reacţie la orice separare.

În următorii 40 de ani, Bowlby şi colegii săi vor dezvolta o tipologie a stilurilor de ataşament. Ataşamentul sigur al copiilor prezicea un nivel scăzut de anxietate şi un grad sănătos de intimitate la vârsta adultă. Ataşamentul ambivalent – tiparul care descria copiii care se agăţau şi care erau foarte anxioşi, care manifestau niveluri înalte de activare fiziologică în situaţii noi şi care sunt mai preocupaţi de monitorizarea mamei decât de explorarea mediului – prezicea un nivel înalt de anxietate la vârsta adultă.[i] Ataşa-

[i]) Relaţiile romantice de la vârsta adultă dintre cei cu stiluri de ataşament ambivalente tind să fie caracterizate de comportamente de agăţare şi de frica de abandon.

mentul evitant al copiilor – tiparul care descria copiii cu tendința de a se retrage din relația cu mama în urma separărilor – prezicea o probabilitate scăzută de intimitate la vârsta adultă.[i]

Omul care l-a ajutat cel mai mult pe Bowlby să dezvolte această taxonomie a stilurilor de atașament a fost psihologul Mary Ainsworth. În 1929, Ainsworth era studentă în primul an la Universitatea din Toronto și era copleșită de sentimente de inadecvare. A participat în acel an la un curs de psihopatologie ținut de William Blatz, psiholog a cărui teorie a siguranței susținea că senzația de bine a unui copil mic derivă din apropierea de părinți și că acesta are capacitatea de a crește și de a se dezvolta dacă părinții sunt disponibili în mod constant. Atrasă către Blatz de propriul sentiment permanent de nesiguranță, Ainsworth și-a luat licența în psihologie și a ajuns în 1939 lector în cadrul Departamentului de psihologie de la Universitatea din Toronto. Dar când soțul ei a hotărât să urmeze cursuri postuniversitare în Marea Britanie, ea a trebuit să-și găsească o slujbă la Londra. O prietenă i-a arătat un anunț din *The Times* al unui psihanalist aflat în căutarea unui asistent de cercetare care să-l ajute la un proiect despre efectele separării timpurii a copilului de mamă asupra dezvoltării. Ainsworth și-a depus candidatura, dorind să înțeleagă relația cu propria mamă, care fusese centrată pe sine și distantă. Bowlby a angajat-o – și așa a început principalul parteneriat al dezvoltării teoriei atașamentului.

Ainsworth a adus două contribuții personale în acest domeniu. Prima la mijlocul anilor '50, când a mers cu soțul ei în Kampala,

[i]) Adulții evitanți au tendința de a respinge relațiile apropiate și sunt adesea obsedați de muncă; așa cum preferau jucăriile în locul mamei când erau mici, ca adulți preferă să muncească în loc să petreacă timp cu familia. (Deși cei cu un stil evitant de atașament par să fie mai puțin anxioși decât cei cu un stil ambivalent de atașament, Bowlby a ajuns să fie convins că nu așa stau lucrurile; o serie de studii începute în anii '70 au demonstrat că, în timpul separărilor, copiii evitanți manifestau niveluri ridicate de activare fiziologică – ritm cardiac accelerat, secreție mai mare de hormoni de stres în fluxul sangvin și așa mai departe – de tipul celei asociate anxietății. Copilul pare să simtă o suferință manifestată fizic, dar este capabil – în mod adaptativ sau nu – să suprime exprimarea vizibilă a emoției.)

Uganda. Aici, Ainsworth a identificat 28 de sugari din satele din apropiere și a început să-i observe acasă, studiind comportamentul de atașament într-un mediu natural. A făcut înregistrări minuțioase, urmărind alăptarea, învățarea la oliță, spălarea, obiceiul de supt al degetului, culcarea, manifestările furiei și anxietății și exprimarea fericirii și tristeții, examinând modul în care mamele interacționau cu copiii. A fost cea mai cuprinzătoare observație naturală de acest tip realizată până atunci.

Când a ajuns pentru prima dată în Uganda, Ainsworth era de acord deopotrivă cu freudienii și comportamentaliștii că atașamentul afectiv pe care sugarii îl investeau în mamă era o asociere secundară hrănirii: mamele ofereau lapte, care oferea confort, așa că bebelușii ajungeau să asocieze sentimentul de confort cu mama; nu exista ceva inerent relației materne diferit de oferirea hranei care să fi fost semnificativ psihologic.[19] Dar când a analizat observațiile meticuloase, Ainsworth și-a schimbat părerea. Freudienii și comportamentaliștii se înșelau, a tras ea concluzia, și Bowlby avea dreptate. Când copiii începeau să meargă de-a bușilea și să exploreze lumea din jurul lor se întorceau în mod repetat la mamă – fie fizic, fie printr-un schimb de priviri și zâmbete – și păreau să fie întotdeauna conștienți unde anume se afla mama. Descriind lucrurile pe care le observase când copiii începeau să meargă de-a bușilea, Ainsworth a scris că mamele păreau să ofere o „bază sigură" de la care puteau porni fără anxietate în aceste incursiuni. Baza sigură va deveni un element esențial al teoriei atașamentului a lui Bowlby.

Ainsworth a observat că, în timp ce unii sugari se agățau din răsputeri de mamă aproape tot timpul și plângeau inconsolabil când erau separați de ea, alții păreau indiferenți, tolerând separările fără suferință evidentă. Însemna asta că sugarii nepăsători își iubeau mamele mai puțin decât cei care se agățau și erau cumva mai puțin atașați de ele? Sau, după cum a ajuns Ainsworth să presupună, asta însemna că sugarii care se agățau erau de fapt cel *mai puțin* atașați?

Ainsworth a ajuns în cele din urmă să considere că șapte dintre cei 28 de bebeluși din Uganda aveau un „atașament nesecurizant".

I-a studiat cu atenție. Ce îi făcea să se simtă atât de anxioși și să se agațe atât de intens? În cea mai mare parte se părea că acești sugari primeau aceeași cantitate de îngrijire maternă precum ceilalți; cei cu atașament nesecurizant nu suferiseră separări excesive sau traumatice care să fi putut explica anxietatea lor. Dar, privind mai îndeaproape, Ainsworth a început să observe anumite lucruri în privința mamelor acestor sugari: unele erau „foarte anxioase", distrase de propriile preocupări – multe fuseseră părăsite de soți sau aveau o viață de familie dezordonată. Totuși, ea nu putea să stabilească precis comportamentele materne care generau anxietate de separare sau atașament nesecurizant.

În 1956, Ainsworth s-a mutat în SUA și a început să predea la Johns Hopkins. Hotărâtă să descopere dacă comportamentele de atașament sunt universale, a decis să realizeze un experiment prin care putea să testeze asta.

Așa s-a născut ceea ce Ainsworth a numit experimentul situației străine, de atunci înainte un element esențial al cercetării dezvoltării copilului. Procedura era simplă. O mamă și un copil erau plasați într-un cadru nefamiliar – o încăpere cu multe jucării – și copilul era liber să exploreze. Apoi, mama fiind încă prezentă, un străin intra în încăpere. Cum va reacționa copilul? Apoi mama ieșea, lăsând copilul singur cu străinul. Cum va reacționa copilul la asta? Apoi mama se întorcea. Cum va răspunde copilul la reîntâlnire? Asta se putea repeta fără străin – mama ieșea și lăsa copilul singur în încăpere și se întorcea puțin mai târziu. Toate astea erau observate de cercetătorii care se aflau în spatele unei oglinzi prin care puteau vedea ce se petrece în cameră. În următoarele decenii acest experiment a fost repetat de mii de ori și s-au acumulat munți de informații.

Experimentele au adus unele descoperiri interesante. În prima fază a experimentului, sugarii explorau încăperea și se uitau la jucării, privind în tot acest timp mereu înapoi spre mamă – ceea ce indică faptul că nevoia psihologică a copiilor de a porni de la o „bază sigură" este într-adevăr universală, nedeterminată cultural. Însă existau multe variații ale modului în care copiii erau tulburați

când intervenea separarea de mamă: aproximativ jumătate dintre ei începeau să plângă după ce mama ieșea din încăpere, iar unii sufereau intens și își reveneau cu greu. Când mama se întorcea, sugarii care suferiseră se agățau de ele și în același timp le loveau, manifestând deopotrivă furie și anxietate. Ainsworth a numit tiparul de atașament al acestor copii „ambivalent". Și mai fascinanți decât copiii ambivalenți pentru Ainsworth erau cei al căror stil de atașament îl va numi „evitant": aceștia păreau complet indiferenți la plecarea mamei și rar se arătau tulburați. La o privire superficială, păreau destul de sănătoși și de bine adaptați. Dar Ainsworth va ajunge să considere – și numeroase cercetări vor susține în final această idee – că independența și calmul acestor copii evitanți erau de fapt produsul unui mecanism de apărare, o amorțire afectivă prin care făceau față respingerii materne.

Pe măsură ce Ainsworth strângea informații, cel mai elocvent fapt care a ieșit la iveală a fost corelația semnificativă între stilul de *parenting* al mamei și nivelul general de anxietate al copilului. Mamele copiilor identificați de cercetători ca fiind atașați în mod securizant răspundeau mai repede la semnalele de suferință ale copiilor, aveau tendința de a-i ține în brațe și de a-i mângâia perioade mai îndelungate și păreau să obțină mai multă plăcere din aceste lucruri decât mamele copiilor ambivalenți și evitanți. (Mamele copiilor cu atașament securizant nu interacționau neapărat *mai mult* cu ei, ci interacționau *mai bine*, fiind mai afectuoase și mai reactive.) Mamele copiilor evitanți aveau în cea mai mare măsură un comportament de respingere; mamele copiilor ambivalenți manifestau cel mai înalt nivel de anxietate și reacțiile lor erau de departe cele mai imprevizibile – uneori erau iubitoare, alteori respingătoare, alteori distrase. Ainsworth va scrie mai târziu că predictibilitatea reacției materne contribuie la determinarea încrederii și stimei de sine a copilului în viața de mai târziu; mamele care reacționau previzibil la semnalele de suferință într-o manieră rapidă și caldă aveau sugari care ajungeau pe parcursul dezvoltării să fie copii încrezători și independenți.

În următoarele decenii, legătura dintre stilul de atașament și sănătatea psihologică a fost confirmată în mod repetat de mai

multe tipuri diferite de măsurători.[i] O serie importantă de studii longitudinale inițiată în anii '70 de cercetătorii de la Universitatea din Minnesota a descoperit că de fapt copiii cu un tipar securizant de atașament sunt mai fericiți, mai entuziaști, mai perseverenți, se concentrează mai bine la sarcinile experimentale și au un control mai bun al impulsurilor decât copiii cu atașament anxios. La aproape fiecare test creat de cercetători copiii cu atașament securizant s-au descurcat mai bine decât cei cu atașament ambivalent: aveau un nivel mai ridicat de încredere în sine, o mai mare „reziliență a eului" și un nivel mai scăzut de anxietate și erau mai independenți; erau chiar și mai plăcuți de către profesorii lor. Manifestau de asemenea un nivel mai înalt de empatie față de ceilalți – probabil deoarece copiii cu atașament nesecurizant erau prea preocupați de sine pentru a se putea pune de acord cu oricine altcineva. Copiii cu atașament securizant păreau pur și simplu să se bucure mai mult de viață: nici unul dintre copiii cu atașament ambivalent nu zâmbea, nu râdea și nu manifesta încântare la același nivel ca al copiilor cu atașament securizant.[20] Mulți dintre copiii cu atașament ambivalent aveau tendința de a se prăbuși ca urmare până și a unui stres minor.

Aceste efecte persistau ani, chiar zeci de ani. Adolescenților care când fuseseră mici avuseseră un tipar securizant de atașament le era mai ușor să-și facă prieteni – dar cei care avuseseră un tipar ambivalent de atașament erau copleșiți de anxietatea inerentă navigării în grupuri sociale și adesea sfârșeau alienați și fără prieteni. Studiile au descoperit că adulții care au avut mame cu un tipar de atașament ambivalent tindeau să tărăgăneze lucrurile, să se concentreze mai greu, să fie mai ușor distrași de îngrijorări în privința relațiilor interpersonale și – poate ca urmare a tuturor acestor lucruri – de a avea un venit mediu mai mic decât cei ale căror mame aveau un tipar de atașament securizant sau evitant. Numeroase studii din ultimii 30 de ani sugerează că atașamentul

[i]) Ca urmare a influenței lui Bowlby și Ainsworth, în anii '80 departamentele de psihologie ale universităților americane erau populate din plin cu specialiști în teoria atașamentului.

nesecurizant din copilăria timpurie este un predictor puternic al dificultăților afective de la vârsta adultă. În medie, este mult mai probabil ca o fetiță de doi ani cu un atașament ambivalent de mamă să ajungă o femeie ale cărei relații romantice sunt afectate de gelozie, îndoieli și anxietate; va căuta întotdeauna – probabil fără succes – relația sigură, stabilă pe care nu a avut-o cu mama. Fiica unei mame anxioase și care se agață va ajunge ea însăși o mamă anxioasă și care se agață.

... o mamă care, din cauza experiențelor defavorabile din copilărie, ajunge să aibă un atașament anxios este predispusă să ceară îngrijire de la propriul copil și, prin urmare, să provoace în copil sentimente de anxietate, vinovăție și poate chiar fobii. — John Bowlby, *A Secure Base* (1988)[a]

În anii de după război, cercetările neurochimice au demonstrat că, atunci când un sugar sau un adult este stresat, o serie de reacții chimice de la nivelul creierul provoacă o cascadă de anxietate și suferință emoțională; întoarcerea la o bază sigură (mama sau un partener) determină secreția de opiate endogene care fac individul să se relaxeze și să se simtă în siguranță. De ce se întâmplă asta?

În anii '30, John Bowlby, deja absorbit de studiul legăturii mamă–copil, a descoperit lucrările primilor etologi. Etologia, studiul științific al comportamentului animalelor, sugera că multe dintre comportamentele de atașament pe care Bowlby le observase la oameni sunt universale în cazul mamiferelor, ceea ce reprezintă o explicație evoluționistă a acestor comportamente.

Nu este dificil de înțeles beneficiul adaptativ din punct de vedere evoluționist al comportamentelor timpurii de atașament: faptul de a ține puii aproape o ajută pe mamă să îi protejeze până când se pot apăra singuri. Bowlby a înțeles că așa se poate explica anxietatea de separare, aproape exclusiv în termeni de selecție

[a]) Vezi John Bowlby, *O bază de siguranță*, trad. de Alexandra Timofte, Editura Trei, București, 2011, p. 76 (n. tr.).

naturală: există o valoare adaptativă a mecanismelor psihologice care încurajează mama și copiii din orice specie să rămână aproape unul de celălalt prin provocarea suferinței în cazul în care sunt separați; copiii cei mai predispuși să se agațe de mamă în momentele de suferință pot avea un avantaj darwinist în fața celorlalți.

Smulgând sursele anxietății din tărâmul fantasmelor în lumea etologiei, Bowlby s-a îndepărtat de colegii săi psihanaliști.[i] Când, în anii '50, a prezentat primele descoperiri ale cercetărilor sale, a fost atacat din două părți – de psihanaliști și de comportamentaliști. Pentru comportamentaliști, legătura mamă–copil nu avea o importanță intrinsecă; relevanța acesteia pentru anxietatea de separare deriva din „beneficiile secundare" – oferirea hranei, prezența alinătoare a sânului – pe care copilul ajungea să le asocieze prezenței mamei. Pentru comportamentaliști nu putea exista atașament fără nevoi specifice – în principal de hrană – pe care mama să le îndeplinească. Bowlby nu era de acord cu asta. Comportamentele de atașament – și anxietatea de separare – sunt configurate biologic la animale, inclusiv la oameni, independent de asocierea dintre hrană și mamă. În apărarea acestui argument, Bowlby a citat influentul articol[21] din 1935 al lui Konrad Lorenz „The Companion in the Bird's World" („Parteneriatul în lumea păsărilor"), în care demonstra că bobocii de gâscă se puteau atașa nu numai de gâște, ci uneori și de obiecte care *nu* îi hrăneau.[ii]

---

[i]) În ciuda a ceea ce Freud a scris la sfârșitul vieții despre rădăcinile evoluționiste ale anxietății fobice, convertirea lui la această linie de gândire a venit prea târziu pentru a-i mai influența pe discipolii săi, care duceau acum cuvântul psihanalizei în lumea întreagă. Cel puțin în perioada celui de-al Doilea Război Mondial, teoreticienii psihanalizei considerau încă frica de castrare, supraeul represiv și instinctul de moarte sublimat ca „piatra de temelie" – în formularea lui Bowlby – a anxietății. (Bowlby credea că dacă Freud ar fi avut o înțelegere mai profundă a lucrărilor lui Darwin psihanaliza ar fi încorporat mai convingător principiile biologiei.)

[ii]) Când la sfârșitul anilor '50 Bowlby a ținut o serie de prezentări, „The Nature of Child's Tie to His Mother" („Natura legăturii copilului cu mama"), în fața colegilor săi psihanaliști de la Societatea Britanică de Psihanaliză, a încercat să se plaseze pe el însuși și cercetările sale în cadrul tradiției

Freudienii au susținut că încrederea lui Bowlby în modelul animalelor nu lăsa loc pentru procesele intrapsihice – ca de exemplu lupta dintre sine [*id*] și supraeu – care diferențiază mintea umană de mintea animalelor. O dată, după ce Bowlby a prezentat un prim articol despre anxietatea de separare la Societatea Britanică de Psihanaliză, instituția a organizat mai multe sesiuni ulterioare dedicate prezentărilor susținute de criticii care doreau „să dea" în Bowlby. Au fost voci care cereau „excomunicarea" lui pentru apostazie.[23]

În timp ce critica psihanaliștilor se inflama împotriva lui, Bowlby a primit o infuzie de sprijin din lumea cercetării pe animale când, în 1958, Harry Harlow, președintele Asociației Americane de Psihologie și psiholog la Universitatea din Wisconsin, a publicat un articol[24] în revista *American Psychologist* cu titlul „The Nature of Love" („Natura iubirii"). Harlow descria aici seria de experimente care sunt acum parte integrantă din orice curs de introducere în psihanaliză.

Începutul experimentelor a fost întâmplător. Multe dintre maimuțele rhesus de la laboratorul lui Harlow contractaseră boli fatale, așa că el a luat 60 de pui de lângă mame la câteva ore după naștere pentru a fi crescuți într-un mediu steril. A funcționat: maimuțele separate au rămas neafectate de boală și dezvoltarea lor fizică părea normală, chiar dacă au rămas separate de mamă. Dar Harlow a observat unele lucruri ciudate în comportamentul lor. În primul rând, se agățau cu disperare de pânza de pe podeaua cuștilor. Maimuțele închise în cuști de sârmă în care nu erau pânze păreau că încearcă din răsputeri să supraviețuiască fizic; starea lor se ameliora dacă li se oferea un con de sârmă îmbrăcat în pluș.

Asta i-a dat lui Harlow ideea despre modul în care ar putea testa ipoteza pe care, la fel ca Bowlby, o considerase întotdeauna suspectă: concepția susținută și de psihanaliști, și de comporta-

freudiene. Reacțiile împotriva lui au fost dure. „Ce sens are să psihanalizezi o gâscă?"[22] va întreba mai târziu psihanalista Hanna Segal (citându-l pe Ogden Nash), luând în râs faptul că Bowlby a apelat la etologie. „Un bebeluș nu o poate urma pe mama lui, nu e un boboc", a spus un alt psihanalist în derâdere.

mentaliști că sugarul se atașează de mamă doar pentru că îl hrănește. Chiar recunoscând că asocierea mamei cu hrana poate reprezenta „un agent de întărire secundară" (în terminologia comportamentalistă), Harlow nu credea că aceste prime hrăniri erau suficiente pentru a explica legătura cu mama – iubirea și afecțiunea – care dura zeci de ani după aceea. Harlow s-a întrebat dacă maimuțele rhesus puteau fi folosite în cercetarea originii iubirii pe care copilul o are față de mamă. S-a hotărât să verifice.

A separat opt pui rhesus de mamă și i-a pus pe fiecare în câte o cușcă unde erau două obiecte pe care le-a numit surogate de mamă. Una dintre cele două mame din fiecare cușcă era făcută din sârmă; cealaltă era din lemn, însă învelită în pluș. În patru din cuști, un sfârc de cauciuc care oferea lapte era atașat de surogatul din sârmă; în celelalte patru, sfârcul era montat pe cel învelit în pluș. Dacă supoziția comportamentalistă era corectă, atașamentul nefiind nimic altceva decât un produs secundar al asocierii cu hrănirea, atunci trebuia ca în toate cazurile puii să fie atrași de surogatul de care era atașat sfârcul.

Lucrurile s-au petrecut altfel. În loc de asta, toate cele opt maimuțe s-au atașat de mama de pluș – și au petrecut 16-18 ore pe zi agățați de ea – *chiar și în cazul în care sfârcul hrănitor era atașat de mama de sârmă.* Asta a fost o lovitură devastatoare pentru teoria comportamentalistă a anxietății de separare. Dacă era mai probabil ca maimuțele să se atașeze de un obiect moale și confortabil care *nu* le hrănea decât de o sârmă care *le hrănea,* potolirea foamei nu putea constitui asocierea operantă a procesului de atașare, cum credeau comportamentaliștii.[i]

Coincidența a făcut ca Bowlby să participe la întrunirea Asociației Americane de Psihologie din Monterey, California, unde

[i]) Existau și alte paralele între comportamentul maimuțelor și lucrurile pe care Bowlby le observase la bebeluși. Dacă Harlow introducea un nou obiect în cușcă, maimuțele fugeau agitate la mama de pluș și se frecau de ea până se simțeau mai liniștiți; după ce se calmau, începeau să investigheze și să se joace cu obiectul, folosind mama de pluș ca – în formula pe care Bowlby și Ainsworth o vor folosi în curând – „bază de siguranță".

Harlow a prezentat pentru prima oară articolul său „Nature of Love". Bowlby a recunoscut imediat importanța cercetării lui Harlow pentru propria teorie și cei doi au făcut cauză comună. În anii următori alte studii au reprodus descoperirile inițiale ale lui Harlow. Pentru Bowlby asta însemna răzbunare și reprezenta o armură în fața atacurilor lansate de freudieni și comportamentaliști. „De atunci înainte", va scrie Bowlby mai târziu, „nu s-a mai auzit nimic de neverosimilitatea inerentă ipotezelor noastre, iar critica a devenit mai constructivă"[25].

Studiile realizate de Harlow s-au dovedit și mai importante pentru ideile lui Bowlby despre relațiile de atașament decât s-ar fi gândit oricare dintre ei în acel moment. Mai târziu, maimuțele din studiul inițial al lui Harlow au suferit efecte durabile provocate de experimentul separării. Oricât de intens se atașaseră puii de surogatele inanimate de pluș, ele nu puteau evident înlocui adevărata relație mamă–copil: pentru tot restul vieții au avut probleme de relaționare cu alte maimuțe și au prezentat comportamente sociale și sexuale anormale. Erau părinți abuzivi, chiar ucigași. Confruntați cu lucruri noi sau stresante, deveneau mult mai anxioși, inhibați și agitați – exact cum observase Bowlby în studiile sale asupra oamenilor care trecuseră prin separări sau avuseseră relații dificile cu propria mamă. Toate astea constituiau o confirmare a efectelor care bântuie mult timp indivizii după primele experiențe de separare și atașament.[i]

În următoarele decenii, sute de alte experimente pe animale au susținut aceste descoperiri. Robert Hinde, etolog la Universitatea Cambridge, a arătat că, atunci când puii de maimuță sunt separați de mamă timp de doar câteva zile, cinci luni mai târziu sunt mai timizi decât maimuțele din grupul de control atunci când sunt plasați într-o situație nouă.[27] Într-un articol[28] de mai

[i]) După cum se întâmplă de multe ori în istoria psihologiei, Harlow nu a putut să aplice în propria viață lucrurile pe care le-a aflat din cercetarea sa asupra relațiilor dintre părinți și copii: a murit alcoolic și deprimat, înstrăinat de copiii lui.[26]

târziu, Harry Harlow observa că anumite stiluri materne – cum ar fi „acceptarea aproape totală a puiului (nimic din ce face puiul nu e greșit)" și supravegherea îndeaproape a „primelor îndepărtări de mamă" – prezic o maimuță adultă bine adaptată. Studii recente asupra maimuțelor rhesus au descoperit că „inițierea contactului ventral"[29] (sau a îmbrățișării în limbaj obișnuit) reduce nivelul de activare a sistemului nervos simpatic; era mai puțin probabil ca maimuțele care primiseră mai puține îmbrățișări din partea mamei să exploreze mediul – și exista în cazul lor o probabilitate mai mare de a manifesta comportamente anxioase sau depresive la vârsta adultă. Cu alte cuvinte, dacă mamele își răsfățau și își protejau puii, aceștia creșteau sănătoși și fericiți – exact ce a remarcat Mary Ainsworth în observațiile ei meticuloase și pe termen lung asupra interacțiunilor dintre mame și copii.

Când ești tentată să-ți mângâi copilul, nu uita că iubirea mamei este un instrument periculos. — John Watson, *Psychological Care of Infant and Child* (*Îngrijirea psihologică a sugarului și copilului*) (1928)

Experimentele lui Harlow, Hinde și ale contemporanilor lor au fost destul de crude; separările pe care le-au forțat au fost severe și situațiile pe care le-au construit nu erau echivalente cu situații din viața reală. Dar în 1984, un grup de cercetători de la Universitatea Columbia a creat un mod de a aproxima mai bine tipurile de comportamente de separare și de atașament care există în mediul natural.

Ideea din spatele paradigmei necesității variabile de procurare a hranei (*variable foraging demand* – VFD), cum o numesc cercetătorii, este că modificarea volumului de resurse la care mama are acces va determina schimbări ale modului în care interacționează cu puii.[30] (Primatologii știau deja asta din numeroase observații făcute în habitatul natural.) În ceea ce a ajuns cunoscut ca experimente VFD, cercetătorii manipulează gradul de dificultate de a obține hrană de către maimuțele rhesus: în perioadele de necesitate

redusă de procurare a hranei, mâncarea se găsește la discreție în ambalaje lăsate peste tot în țarcul primatelor; în perioadele de necesitate ridicată de procurare a hranei mâncarea este mai greu de obținut, fiind îngropată sub așchii de lemn sau ascunsă în rumeguș. Într-un experiment VFD standard, o perioadă de două săptămâni în care hrana se găsește ușor este urmată de o perioadă de două săptămâni în care se găsește cu greu.

Deloc surprinzător, mamele sunt mai stresate și mai puțin disponibile să-și îngrijească puii în perioadele de necesitate ridicată de procurare a hranei decât în perioadele de necesitate redusă. Macacii bonnet ale căror mame trec prin perioade prelungite de necesitate ridicată de procurare a hranei au, în medie, mai multe probleme sociale și fizice în timpul dezvoltării. Dar episoadele de necesitate *variabilă* de procurare a hranei se dovedesc a fi și mai stresante decât perioadele prelungite de necesitate ridicată de procurare a hranei – adică mamele sunt mai stresate când hrana este disponibilă în mod imprevizibil decât când este greu de găsit în mod constant.

Jeremy Coplan, directorul Departamentului de neuropsihofarmacologie de la Universitatea de Stat de la New York Downstate Medical Center, a realizat experimente VFD timp de cincisprezece ani. El spune că aceste experimente par să inducă o „separare afectivă funcțională" între mamă și pui. Mama stresată devine „indisponibilă psihologic" pentru puiul ei în același mod în care o femeie stresată (ca Amalia Freud) poate fi distrasă și neatentă la copiii ei.

Modificările de comportament pot părea imperceptibile – mamele stresate continuă să reacționeze la pui, doar că tind să o facă mai lent și mai puțin eficient decât mamele nestresate –, însă efectele pot fi puternice. Într-o serie de experimente, Coplan și colegii săi au descoperit că puii mamelor VFD aveau niveluri mai mari de hormoni de stres în fluxul sangvin decât puii mamelor non-VFD – un indicator al faptului că anxietatea mamei i-a fost transmisă puiului. Descoperirea semnificativă a fost durata corelației dintre anxietatea mamei și nivelul de hormoni de stres al puiului: când Coplan a examinat puii VFD la zece ani după primul

experiment, nivelul lor de hormoni de stres încă era mai mare decât al celor din grupul de control. Când li s-au injectat substanțe chimice care induc anxietatea, reacția lor a fost hiperactivă în comparație cu a altor maimuțe. Evident, aceste maimuțe VFD deveniseră mai anxioase în mod constant: erau mai puțin sociabile, aveau o tendință mai mare de a se retrage și era mai probabil să manifeste comportamente de subordonare; prezentau de asemenea un nivel ridicat de activitate a sistemului nervos autonom și un răspuns imunitar compromis. Avem aici o dovadă fiziologică puternică a ceea ce Bowlby susținea cu jumătate de secol în urmă: primele experiențe de creștere a copilului – nu doar cele evident traumatizante, ci și cele subtile – au efecte psihologice și fizice asupra stării de sănătate a copilului care se mențin la vârsta adultă. Echipa lui Coplan a tras concluzia că până și perturbările de durată scurtă ale relației mamă–copil pot afecta dezvoltarea sistemelor neuronale „esențiale pentru manifestarea tulburărilor anxioase de la vârsta adultă"[i].

---

[i]) Cercetările asupra rozătoarelor au descoperit același lucru: felul în care mama-șobolan își răsfață puii are un efect important asupra toleranței puilor la stres în timpul vieții lor – cu cât un pui e mai atent îngrijit, cu atât va fi mai rezistent la stres când ajunge adult.[31] Șobolanii care primesc mai multă îngrijire maternă prezintă o activitate redusă a sistemului nervos autonom – un nivel scăzut de activitate pe axa hipotalamus-hipofiză-suprarenală – și, concomitent, un nivel ridicat de toleranță a stresului. Acești șobolani bine îngrijiți au ceea ce cercetătorii numesc un „buton mai bun de oprire" a reacției la stres; ei prezintă, după doar patru zile de îngrijire maternă în plus, o activitate redusă a amigdalei. Prin opoziție, șobolanii care primesc puține îngrijiri materne manifestă un răspuns exagerat la stres.

Aceste efecte pot fi adaptative chiar dacă pot părea negative. Șobolanii care când erau pui au primit un nivel scăzut de îngrijire sunt mai temători și învață mai rapid să evite mediile înfricoșătoare – o adaptare utilă într-un mediu aspru sau periculos. De fapt, în stare naturală, acest mediu periculos va fi constituit cauza nivelului redus de îngrijire, mamele fiind preocupate de procurarea hranei sau evitarea amenințărilor din exterior, și nu de răsfățarea puilor. Șobolanii care au primit un nivel înalt de afecțiune maternă sunt mai puțin temători, sunt mai aventuroși, învață mai lent să evite amenințările – adaptări utile într-un mediu stabil, însă vulnerabilități într-un mediu periculos.

Versiuni diferite ale acestui experiment, repetate de multe ori în ultimii douăzeci de ani, au dus constant la descoperiri similare: perioadele scurte de stres în timpul copilăriei, şi chiar tensiunile moderate în relaţia mamă–pui, pot avea consecinţe durabile asupra neurochimiei primatelor.[i][32] Există chiar şi unele dovezi că *nepoţii* mamelor VFD au încă de la naştere niveluri ridicate de cortizol, efectul acelor prime săptămâni de stres moderat fiind transmis de la o generaţie la alta.[33]

Cercetătorii au descoperit dovezi asemănătoare la descendenţii victimelor traumei: copiii şi chiar nepoţii supravieţuitorilor Holocaustului prezintă dovezi psihofiziologice de stres şi activare anxioasă mai intensă – cum ar fi niveluri ridicate ale diferiţilor hormoni de stres – decât fiii şi nepoţii persoanelor de aceeaşi etnie care nu au fost expuse Holocaustului.[34] Când acestor copii li se arată imagini stresante care nu trimit în mod direct la Holocaust – de exemplu scene de violenţă din Somalia –, ei prezintă reacţii comportamentale şi fiziologice mult mai intense decât alţi copii. După cum mi-a spus John Livingstone, psihiatru specializat în tratarea victimelor traumei, „E ca şi cum experienţele traumatice se întipăresc în ţesuturile corpului şi se transmit următoarei generaţii".

Până acum, nenumărate studii susţin ideea că volumul şi calitatea afecţiunii materne faţă de copii are un efect puternic asupra nivelului de anxietate pe care copiii îl vor resimţi mai târziu în viaţă. Un studiu[35] recent publicat în *Journal of Epidemiology and Community Health* a urmărit începând din anii '60 un număr de 462 de copii din Providence, Rhode Island, de la naştere până la

[i]) Cercetarea din neuroştiinţe a început să găsească dovezi convingătoare ale unor mecanisme specifice prin care stresul din copilăria timpurie generează psihopatologia de mai târziu. În esenţă, nivelurile ridicate de hormoni de stres în copilărie corelează cu efecte negative asupra sistemului serotoninergic şi dopaminergic, puternic implicate în anxietatea clinică şi în depresie. Studiile neuroimagistice arată de asemenea că stresul prelungit în copilărie tinde să aibă ceea ce oamenii de ştiinţă numesc consecinţe neuropatologice: de exemplu, hipocampusul, regiunea cerebrală esenţială pentru formarea de noi amintiri, se micşorează.

30-40 de ani. Când subiecții studiului erau sugari, cercetătorii au observat interacțiunile lor cu mama și au evaluat nivelul de afecțiune al mamei pe o scară care varia de la „negativ" la „excesiv". (Majoritatea mamelor – 85% dintre ele – au fost evaluate ca fiind „calde" sau normale.) Când psihologii au intervievat subiecții 34 de ani mai târziu, cei ale căror mame avuseseră pentru ei o afecțiune „excesivă" sau „mângâietoare" (penultimul nivel ca intensitate) prezentau un risc mult mai mic decât ceilalți de a fi anxioși sau de a avea simptome psihosomatice.

Asta pare să sugereze că John Bowlby avea dreptate – dacă vrei să crești un copil bine adaptat, neanxios, cea mai bună abordare *nu* este cea recomandată de protobehavioristul John Watson, care a spus o dată „Când ești tentată să-ți mângâi copilul, nu uita că iubirea mamei este un instrument periculos". În celebra sa carte din 1928 despre creșterea copiilor, Watson avertiza că afecțiunea mamei poate avea un efect periculos asupra caracterului în dezvoltare al copilului. „Niciodată să nu-i îmbrățișați și să nu-i sărutați, niciodată să nu-i lăsați să stea în poala voastră", scria el. „Dacă trebuie, sărutați-i o dată pe frunte înainte să spună noapte bună. Dați mâna cu ei dimineața. Mângâiați-i o dată pe cap dacă au realizat ceva extraordinar sau au îndeplinit o sarcină dificilă." Cu alte cuvinte, tratați copiii „ca și cum ar fi mici adulți". Bowlby, care el însuși fusese tratat așa când era mic, credea mai mult sau mai puțin opusul: dacă vrei să construiești o bază sigură pentru copil și să creezi o rezistență împotriva anxietății și depresiei, fă risipă de iubire și afecțiune.

Până în 1973, când a publicat clasica *Separation: Anxiety and Anger*, Bowlby era convins că aproape toate formele de anxietate clinică la adulți[i] își au originea în experiențele dificile din prima copilărie cu figura primară de atașament – aproape întotdeauna mama. Cercetările recente continuă să adauge dovezi la volumul semnificativ de probe de până acum care susțin această idee. În 2006,

[i]) Cu excepția fobiilor specifice de animale despre care Bowlby, la fel ca Freud, considera că provin din adaptări evoluționiste care au luat-o razna.

rezultate noi ale studiului longitudinal Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (Studiul Minnesota asupra riscurilor și adaptării de la naștere până la vârsta adultă), care a durat 40 de ani, susțin că sugarii cu atașament nesecurizant prezintă un risc semnificativ mai mare decât copiii cu atașament securizant sau evitant de a dezvolta tulburări anxioase în adolescență. Atașamentul nesecurizant în perioada de sugar duce la frica de abandon mai târziu în timpul copilăriei și la vârsta adultă și generează strategia de *coping* bazată de „vigilență cronică"[36] – sugarii care scanează anxioși mediul pentru a monitoriza prezența mamei disponibile într-un mod haotic tind să devină adulți care scanează anxioși mediul pentru posibile amenințări.

Teoria atașamentului a lui Bowlby are o simplitate elegantă și o bază evoluționistă plauzibilă, ușor de înțeles. Dacă părinții tăi ți-au oferit o bază sigură când erai mic și dacă ai reușit să o interiorizezi, atunci cel mai probabil o să treci prin viață cu un sentiment de siguranță psihologică. Dacă părinții nu au putut să-ți ofere asta sau dacă ți-au oferit, dar a fost afectată de traumă sau separare, atunci e mai probabil să înduri o viață de anxietate și nemulțumire.

Îți strică viața maică-ta și taică-tu.
Poate fără să vrea, dar asta fac.

— din Philip Larkin, „This Be the Verse" („Fie versul") (1971)

Am dat recent de un jurnal pe care l-am ținut o scurtă perioadă în vara anului 1981, când aveam 11 ani. Cu câteva luni înainte începusem să mă duc la psihiatrul de copii care mă va trata timp de 25 de ani, dr. L., care avea o pregătire freudiană. La recomandarea lui, am început să folosesc jurnalul pentru a asocia liber, căutând rădăcina problemelor mele afective. Trebuie să spun că a fost întru câtva descurajant pentru sinele meu de la vârsta de mijloc să descopere sinele meu de la 11 ani deja atât de anxios și absorbit de sine, întrebându-se în paginile jurnalului care dintre surse

purta responsabilitatea anxietății și nemulțumirii mele neîncetate: din cauza consilierului tiranic al taberei care, când aveam șase ani, a țipat la mine și m-a trimis – singurul dintre copiii de la tribul sachem din Tabăra Belmont – la piscina pentru copii fiindcă tremuram și plângeam și mi-era frică să intru singur în piscina mare? Sau din cauza vecinei care, când aveam patru ani, mi-a dat o palmă peste față dinaintea tuturor colegilor de grădiniță când am izbucnit într-un plâns isteric la petrecerea de ziua fiului ei, Gilbert, pentru că mi-era frică și voiam la mama?

Evident, narcisismul meu și căutarea cunoașterii de sine se repetă la nesfârșit: la 43 de ani sap în trecut căutând rădăcinile anxietății mele și mă descopăr pe mine, la 11 ani, săpând în trecut căutând rădăcinile anxietății mele.

Ne întorseserăm dintr-o vacanță cu familia, și o mare parte din jurnal este o enumerare a fricilor și nedreptăților percepute pe care le-am îndurat în călătorie.

1. În avion, frică de rău de mișcare.
2. În prima noapte, dor de casă, nu am putut să dorm.
3. Nu mi-a plăcut mâncarea.
4. La restaurant: mami s-a supărat și nu a vorbit cu mine pentru că m-am plâns și am spus că vreau să mergem acasă.
5. Frică de lipsa de igienă.
6. Teama că aerul rarefiat de la munte îmi va face rău.
7. Tati m-a obligat să mănânc. Se supără când mănânc și nu mă lasă să mănânc când mă plâng...
8. Tata nu mă ascultă și mă lovește când pun întrebări insistent.
9. Am fost foarte speriat și supărat când am văzut pe covorul de la parter ceva ce ar fi putut să fie vomă. M-am simțit groaznic și mi-a fost frică.
10. În avion, când ne întorceam, cineva a vomitat. Am fost îngrozit. M-am simțit trist, deprimat și speriat.

Jurnalul călătoriei se încheie astfel: „Nu vreau decât să mă fac mic și să fiu îmbrățișat și să fiu iubit de mami și tati, dar ei nu au înțelegere pentru frica mea".

Nu demult, i-am trimis mamei o copie a jurnalului și am sunat-o să o întreb dacă ea crede că manifestase mai multă sau mai puțină afecțiune pentru mine și sora mea decât ceilalți părinți față de copiii lor.

— Cam la fel, a zis ea.

Apoi s-a gândit o clipă.

— De fapt, a spus, am fost intenționat reținută cu afecțiunea.

Șocat, am întrebat-o de ce.

— Credeam că era pentru binele tău, a spus ea și mi-a explicat.

Mama ei, bunica mea Elaine Hanford, manifestase multă afecțiune pentru mama mea și sora ei și întotdeauna fusese prezentă pentru ele, fizic și în alte moduri. Elaine și-a construit viața în jurul satisfacerii nevoilor fiicelor ei. În fiecare zi, când mama venea de la școală să ia prânzul, Elaine era acolo să-i facă de mâncare. Mama se simțea iubită și îngrijită – și răsfățată. Așa că, atunci când a ajuns adult tânăr și a început să aibă atacuri de panică și agorafobie și emetofobie și alte fobii, s-a întrebat dacă nu cumva anxietatea ei era atât de intensă pentru că se simțise *prea* iubită și în siguranță sub îngrijirea abundentă a mamei ei. Așa că, în încercarea de a ne apăra pe mine și pe sora mea de anxietatea pe care ea a îndurat-o, a refuzat să exprime iubirea necondiționată de care avusese ea parte.

John Watson ar fi fost de acord.

Dar, deși mama ne-a refuzat afecțiunea, nu ne-a refuzat hiperprotecția. Hiperprotecția și reținerea afecțiunii pot fi o combinație urâtă. Asta te poate face să te simți nu numai neiubit (pentru că nu primești afecțiune), ci și incompetent și neajutorat (pentru că altcineva face totul pentru tine presupunând că nu ești în stare să faci singur).

Mama m-a îmbrăcat până când am împlinit nouă sau zece ani; după aceea mi-a ales hainele pentru a doua zi până la 15 ani. Mi-a pregătit baia până am ajuns la liceu. În școala primară, mulți dintre prietenii mei mergeau cu mijloacele de transport în comun în centrul Bostonului ca să stea împreună, în vacanțe rămâneau singuri acasă cât timp părinții erau la slujbă și se uitau în magazine după

(și cumpărau și se dădeau cu) motociclete. Chiar dacă aș fi avut intenția să iau metroul sau să mă dau cu motocicleta – și, crede-mă, nu o aveam –, nu mi s-ar fi permis: nu-mi era îngăduit să merg mai departe de câteva străzi de cartierul nostru din suburbie, pentru că erau străzi pe care mama le considera prea aglomerate ca să le traversez și cartiere prea periculoase ca să trec pe-acolo. (Asta într-o suburbie liniștită, unde locuiau oameni care făceau naveta și unde o crimă violentă se întâmpla o dată la zece ani.) Ori de câte ori eu și sora mea eram acasă când părinții noștri se aflau la slujbă stăteam în compania unei bone. La începutul adolescenței, asta ajunsese puțin ciudat – după cum mi-am dat seama într-o zi când eu și bona am descoperit, spre neplăcerea amândurora, că aveam aceeași vârstă (13 ani).

Mama a făcut toate astea dintr-o îngrijorare autentică. Iar eu mă bucuram de excesul de grijă: mă ținea înfășurat într-o dependență confortabilă. Oricât de stânjenitor ar fi fost să mi se spună în fața prietenilor mei că nu puteam să mă duc cu ei în centru decât dacă mama venea cu noi, nu doream să renunț la îmbrățișarea ei protectoare. Diada mamă–copil presupune comportamentul ambilor – eu îmi doream hiperprotecție; ea o oferea. Dar relația noastră m-a privat de autonomie și de sentimentul autoeficacității, așa că eram un elev dependent și care se agăța de mamă și am ajuns – după cum poate confirma soția mea, care a suferit îndelung – un adult dependent și anxios.

„Este mai probabil ca adulții cu agorafobie să-și evalueze părinții ca oferind puțină afecțiune și fiind foarte protectori."[37] (Asta e dintr-un articol din 2008, „Attachment and Psychopathology in Adulthood" [„Atașament și psihopatologie la vârsta adultă"].) „Adulții cu agorafobie raportează un nivel mai înalt de anxietate de separare în copilărie decât grupul de control."[38] (Un studiu din 1985 publicat în *The American Journal of Psychiatry*.) „Este semnificativ mai probabil ca [sugarii cu atașament nesecurizant] să fie diagnosticați cu tulburări anxioase decât sugarii cu atașament securizant."[39] (Un studiu din 1997 publicat în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.) „Părinții tăi – mama

anxioasă, hiperprotectoare și tatăl alcoolic, absent emoțional – sunt o combinație clasică provocatoare de anxietate." (Asta e de la primul meu psihiatru, dr. L., pe care l-am căutat recent și căruia i-am luat un interviu, după aproape 30 de ani de la prima consultație cu el.) Și mai există și dovezi neurobiologice pentru toate astea: „Adulții care raportează relații foarte proaste cu părinții lor prezintă un nivel semnificativ mai mare de secreție de dopamină în striatumul ventral [regiunea subcorticală din creierul anterior] și un nivel mai ridicat de cortizol salivar [un hormon de stres] în timpul unui eveniment stresant decât indivizii care raportează relații foarte bune cu părinții. Un astfel de efect sugerează că îngrijirile timpurii pot influența în mod similar dezvoltarea sistemelor care determină reactivitatea la stres"[40]. (Un studiu din 2006 publicat în *Psychological Science*.) În timp ce scriu asta am în birou o grămadă de articole de aproape un metru care confirmă aceste descoperiri și altele asemănătoare. Ceea ce demonstrează că anxietatea mea este în mare o funcție a relației din copilărie cu mama.

Numai că, bineînțeles, nu demonstrează nicidecum asta.

CAPITOLUL 9

Oameni care au tendința de a se îngrijora și oameni care pornesc la luptă: genetica anxietății

Tipul și afecțiunile minții copiilor sunt transmise prin sămânță.

— Hipocrate (secolul al IV-lea î.Cr.)

Aceeași temperatură ca a tatălui o va avea și fiul, și boala de care suferea tatăl când l-a procreat o va avea și el. Nu am, așadar, nici un motiv să mă îndoiesc că melancolia este o tulburare ereditară.

– Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

Tati, sunt neliniștită. — Fiica mea la vârsta de opt ani

Aș putea să pun cu inima ușoară anxietatea mea pe seama comportamentului părinților mei – alcoolismul tatălui, hiperprotecția mamei și fobiile ei, căsătoria lor nefericită și, în cele din urmă, divorțul – dacă, printre alte motive, nu ar fi acest fapt supărător: copiii mei, acum de nouă și șase ani, au dezvoltat recent o anxietate asemănătoare cu a mea într-un grad tulburător.

Fiica mea, Maren, a avut dintotdeauna, ca mine, un temperament inhibat – este timidă și retrasă în situațiile nefamiliare, prezintă aversiune la risc în abordarea lumii și reactivitate înaltă la stres și orice tip de noutate. Mai uimitor este că în clasa I a dezvoltat o fobie obsesivă de vărsături. Când un coleg de clasă a vomitat la ora de matematică, ea nu a putut să-și scoată imaginea din minte. „Nu pot să nu gândesc lucruri rele", a spus ea și mi-a frânt inima.

În ciuda zecilor de ani de terapie, a cunoașterii anxietății câștigate cu greu prin eforturi personale și de cercetare, în ciuda eforturilor mele și ale soției mele de a ne inocula copiii împotriva

anxietății, i-am transmis oare lui Maren tulburarea mea, așa cum mama mi-a transmis-o mie?

Spre deosebire de mama, eu nu i-am dezvăluit niciodată fiicei mele propria mea emetofobie înainte să o aibă ea însăși. Am încercat să nu-mi trădez anxietatea în fața lui Maren, știind că aș putea să i-o transmit astfel prin ceea ce psihologii numesc modelare comportamentală. Soția mea nu este o persoană anxioasă; ea nu are tendințele hiperprotectoare și neliniștite care, manifestate atât de mulți ani de mama ea, am crezut că ne-au redus pe mine și pe sora mea la astfel de stări de dependență nevrotică. Și eu, și soția mea ne iubim copiii și îi îngrijim și ne străduim să fim prezenți afectiv pentru ei în moduri în care părinții mei uneori nu au fost.

Sau așa ne place să credem.

Și totuși fiica mea prezintă simptome foarte asemănătoare cu ale mele și la aproape aceeași vârstă la care au apărut la mine. Cumva, în ciuda tuturor eforturilor noastre de a oferi profilaxie emoțională, se pare că Maren a moștenit temperamentul meu neliniștit – și, ceea ce este remarcabil, *exact aceeași preocupare fobică*. Ceea ce, mai mult, se întâmplă să fie o preocupare pe care o are și mama.

Este posibil, întreabă soția mea, ca o fobie atât de idiosincrasică să fie transmisă ereditar?

Nu pare întemeiat. Și totuși avem aici dovada a trei generații din partea mamei cu aceeași fobie. Și, în afară de cazul în care Maren a preluat indicii subtile sau inconștiente (ceea ce, recunosc, e posibil), nu se poate să fi „învățat" fobia de la mine prin vreun fel de condiționare comportamentală, așa cum credeam că o învățasem eu de la mama.

Deși s-a observat încă de pe vremea lui Hipocrate că temperamentul este ereditar și deși domeniul modern al geneticii comportamentale dezvăluie cu o precizie din ce în ce mai mare – până la nivelul nucleotidelor individuale – relația dintre moleculele pe care le moștenim și emoțiile la care suntem predispuși, nimeni nu a identificat până acum o genă sau măcar o serie de gene pentru emetofobie. Și, că veni vorba, nici nu a reușit cineva să reducă anxietatea – sau orice trăsătură comportamentală – la genetică

pură. Însă în ultimii ani mii de studii au indicat diverse baze genetice pentru anxietatea clinică sub toate formele sale.

Unele dintre primele cercetări asupra geneticii anxietății au fost realizate pe gemeni. În studiile cele mai simple, cercetătorii au comparat rata tulburărilor de anxietate în cazul gemenilor identici și dizigoți. Dacă, să spunem, tulburarea de panică ar fi întru totul genetică, asta ar însemna că în cazul a doi gemeni identici – copii genetice – nu ai găsi niciodată tulburarea doar la unul. Dar nu așa stau lucrurile. Dacă unul din gemeni are tulburarea, celălalt prezintă un risc mult mai mare decât o persoană selectată aleatoriu din populație de a avea aceeași tulburare, dar nu este *garantat* că o are. Asta sugerează că, deși tulburarea de panică – la fel ca înălțimea sau culoarea ochilor – are o componentă genetică semnificativă, ea nu este exclusiv genetică.

În 2001, Kenneth Kendler, psihiatru la Virginia Commonwealth University, a comparat ratele de tulburări fobice la 1 200 de perechi de gemeni identici și dizigoți și a descoperit că genele sunt responsabile de aproximativ 30% din diferențele individuale în privința vulnerabilității la tulburări anxioase.[1] Tendința studiilor ulterioare a fost în mare de a confirma descoperirile lui Kendler. Metaanalizele[2] de studii genetice ajung la concluzia că dacă nu ai rude apropiate cu tulburare anxioasă generalizată probabilitatea ca tu să o ai este mai mică de 1/25 – dar dacă ai o singură rudă apropiată cu această tulburare riscul ca tu să o ai crește cu 1/5.

Stai, s-ar putea să obiectezi, asta nu demonstrează că există o bază genetică a anxietății. Nu se poate oare ca probabilitatea ridicată ca aceeași boală mintală să apară la membrii aceleiași familii să fie efectul faptului că împărtășesc ceea ce cercetătorii numesc mediu patogen, predictiv pentru anxietate sau depresie? Dacă gemenii împărtășesc un mediu traumatic, nu ar putea asta să-i facă pe amândoi să fie mai susceptibili la tulburări psihice?

Cu siguranță. Deși este posibil ca genele să predispună o persoană la schizofrenie sau alcoolism sau anxietate, aproape întotdeauna există o contribuție a mediului în dezvoltarea tulburării. Totuși, numărul studiilor asupra capacității de a transmite

anxietatea ajunge la zeci de mii, iar principala concluzie a majorității este că susceptibilitatea ta la anxietate – deopotrivă ca tendință temperamentală și tulburare clinică – este semnificativ determinată de genele tale.

Asta nu ar fi fost surprinzător pentru Hipocrate sau Robert Burton sau Charles Darwin sau în general pentru observatorii care precedă cu mult era geneticii moleculare. Dacă în arborele genealogic al unei familii există unul sau doi indivizi cu o tulburare de anxietate sau depresie, atunci e probabil să descoperi anxietate și depresie în toată genealogia. Cercetătorii numesc acest fenomen „agregare familială cauzată de risc genetic"[i].

Înseamnă „agregarea familială" că fiica mea, ca mine și ca mama, este predestinată biologic să fie anxioasă, și că este poate determinată genetic să dezvolte o tulburare psihică? Numai din partea mamei există în familie, pe lângă mine și mama și fiica mea, fiul meu, Nathaniel, acum în vârstă de șase ani și care are o anxietate de separare ce amenință să devină la fel de rea cum a fost a mea; sora mea, care se luptă cu anxietatea de la 12 ani și care a încercat la fel de multe tratamente medicamentoase ca mine; o altă rudă de sânge care întreaga sa viață a fost afectată de anxietate și depresie și tulburări intestinale și care a tot luat medicamente timp de zeci de ani; fratele său mai mare, diagnosticat cu depresie clinică la începutul anilor '80, la vârsta de doar opt ani, și care timp de un an a vomitat aproape zilnic înainte de școală din cauza anxietății; tatăl mamei mele, în vârstă de 92 de ani, care astăzi ia diferite medicamente anxiolitice și antidepresive. Căutând mai departe în arborele genealogic, am descoperit că bunicul tatălui

[i]) În 2011, Giovanni Salum, psihiatru brazilian, a publicat rezultatele unuia dintre cele mai ample studii realizate vreodată asupra capacității de a transmite tulburările anxioase.[3] Pe baza informațiilor acumulate despre zeci de mii de oameni, Salum a descoperit că un copil care nu are nici o rudă cu o tulburare anxioasă prezintă un risc de 1/10 de a fi el însuși anxios. Dacă același copil are o rudă cu o tulburare anxioasă, riscul ca el să dezvolte o tulburare anxioasă crește la 3/10. Iar dacă majoritatea membrilor familiei lui prezintă o tulburare de anxietate, riscul copilului ajunge la *8*/10.

mamei mele era dureros de rezervat și ura să aibă de-a face cu oamenii, renunțând la facultatea din cadrul Universității Cornell pentru a începe o „viață liniștită" cultivând o livadă („L-a salvat viața în aer liber", va spune mai târziu nora lui), și mătușa bunicului meu a suferit de anxietate severă, depresie și bine-cunoscute tulburări intestinale.

Și mai e și tatăl bunicului meu Chester Hanford, ale cărui anxietate și depresie au fost îndeajuns de severe încât să trebuiască să fie internat de mai multe ori, ceea ce l-a făcut frecvent neputincios în ultimii săi treizeci de ani de viață.

Presupun că majoritatea, însă nu toate dintre numeroasele tipuri de temperamente umane sunt efectul factorilor genetici care contribuie la alcătuirea profilului moleculelor și densitatea receptorilor care influențează funcționarea cerebrală. — Jerome Kagan, *What Is Emotion* (*Ce este emoția?*) (2007)

Se întâmplă frecvent ca isteria mamei să provoace isteria fiului.

— Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, volume 3 (*Prelegeri despre bolile sistemului nervos*, volumul 3) (1885)

Jerome Kagan, psiholog de la Harvard specializat în psihologia dezvoltării, a petrecut șaizeci de ani studiind efectele eredității asupra personalității oamenilor. Prin studii longitudinale care au durat zeci de ani, a descoperit în mod consecvent că aproximativ 10-20% dintre sugari sunt, de la vârsta de câteva săptămâni, demonstrabil mai timizi decât alții. Acești nou-născuți sunt mai agitați, au un somn mai puțin odihnitor și au un ritm cardiac mai rapid, un nivel mai ridicat de tensiune musculară și niveluri mai înalte de cortizol în fluxul sangvin și de noradrenalină în urină. Manifestă reflexe de tresărire mai rapide (ceea ce înseamnă că la

un zgomot neașteptat reacția lor este cu câteva nanosecunde mai rapidă și prezintă o mai mare dilatare a pupilelor.) La scanările RMNf, circuitele fricii din creierul lor – adică amigdala și cortexul cingular anterior – prezintă o activitate neuronală mai intensă decât nivelul normal. De-a lungul întregii vieți, aceste niveluri fiziologice rămân în mod constant mai ridicate în cazul acestor copii. Indiferent dacă sunt testați la șase săptămâni, la șapte ani, la 14 ani, la 21 de ani sau mai târziu, ei prezintă în continuare un ritm cardiac mai rapid, reflexe de tresărire mai rapide și un nivel mai mare de hormoni de stres decât ceilalți, care sunt mai puțin reactivi.

Kagan a numit inhibat temperamentul acestor copii cu o fiziologie intens reactivă. „Considerăm că majoritatea copiilor la care ne referim ca «inhibați» aparțin unei categorii distincte calitativ de persoane care s-au născut cu un prag mai scăzut de activare provocată de schimbări neașteptate din mediu sau de evenimente noi"[4], spune Kagan. „Pentru acești copii, reacția la nou, caracteristică tuturor copiilor, este exagerată."

Acum câțiva ani, Kagan și colegii săi au scanat creierul unui grup de persoane de 21 de ani pe care le studiaseră timp de 19 ani.[5] În 1984, Kagan a observat pentru prima dată acești subiecți când aveau doi ani, i-a descris pe 13 dintre ei ca inhibați, iar pe ceilalți nouă ca neinhibați. 20 de ani mai târziu, când Kagan le-a arătat tuturor celor 22 de subiecți, acum adulți tineri, fotografii cu persoane necunoscute, cei 13 identificați ca inhibați au prezentat o reacție semnificativ mai intensă la nivelul amigdalei decât cei nouă considerați neinhibați. Kagan consideră că genele determină reactivitatea amigdalei – și știm din alte cercetări că, la rândul său, reactivitatea amigdalei determină modul în care un individ va reacționa la stres.

Este mai probabil ca sugarii sau copiii mici identificați ca fiind inhibați să devină adolescenți timizi, neliniștiți – și apoi adulți timizi, neliniștiți – decât ceilalți copii. Au o probabilitate mult mai mare de a dezvolta anxietate clinică sau depresie în adolescență sau la vârsta adultă decât ceilalți, care sunt mai puțin reactivi. Chiar și acei copii foarte reactivi care nu vor fi diagnosticați

la vârsta adultă cu tulburări anxioase tind să fie în medie mai neliniștiți decât ceilalți.

Considerând că temperamentul este înnăscut și în mare parte determinat de la naștere, Kagan se încadrează în tradiția intelectuală care datează încă de la Hipocrate care, în secolul al IV-lea î.Cr., susținea că personalitatea și sănătatea mintală sunt derivate din echilibrul relativ al celor patru umori corporale: sânge, flegmă, bilă neagră și bilă galbenă. Conform lui Hipocrate, așa cum am spus în capitolul I, echilibrul relativ al umorilor unei persoane explică temperamentul acesteia: cineva cu o cantitate relativ mai mare de sânge are un temperament vioi sau „sangvin" și poate fi predispus la izbucniri temperamentale explozive; altcineva cu o cantitate relativ mai mare de bilă neagră poate avea un temperament melancolic. Teoria lui Hipocrate a echilibrului umoral anticipează direct, cel puțin metaforic, ipoteza serotoninergică a depresiei și alte teorii moderne ale relației dintre dezechilibrele chimice din creier și sănătatea mintală. De exemplu, Hipocrate atribuia ceea ce la mijlocul secolului XX se numește depresie nevrotică – și ceea ce astăzi am numi tulburare anxioasă generalizată (codul din *DSM* este 300.02) – unui exces de bilă neagră (*melaina chole*). Așa cum a fost descrisă de Hipocrate, această afecțiune era caracterizată de simptome fizice („dureri abdominale, respirație dificilă, [...] râgâieli frecvente"), precum și de simptome afective („anxietate, neliniște, groază, [...] frică, tristețe, agitație", adesea însoțite și de obicei provocate de „meditații și griji de tip exagerat").

Se poate ca Hipocrate să fi folosit o metaforă explicativă greșită, dar știința modernă demonstrează că în fond a avut dreptate în privința caracterului stabil al temperamentului și al bazei biologice a acestuia. Kagan, care acum are peste 80 de ani, nu s-a retras definitiv și patru studii longitudinale importante începute de el sau de protejatul său, Nathan Fox, de la Universitatea din Maryland, sunt în curs de desfășurare. Toate patru ajung la concluzii care confirmă teoria pe care Kagan o susține de mult timp, conform căreia temperamentul anxios constituie un fenomen înnăscut, determinat genetic și care caracterizează un procent relativ stabil

al populației.[i] Studiile lui au descoperit în mod repetat că cei 15-20% dintre sugarii care reacționează intens la străini sau la situații noi prezintă o probabilitate mult mai mare de a dezvolta tulburări de anxietate decât ceilalți, mai puțin reactivi din punct de vedere fiziologic. Dacă te-ai născut inhibat și cu o reactivitate intensă, ai tendința să rămâi foarte reactiv și inhibat. În deceniile cât au durat studiile longitudinale, Kagan a văzut de puține ori o persoană trecând de la o categorie temperamentală la alta.

Toate astea par să complice, dacă nu să submineze, ceea ce am spus despre teoria atașamentului în capitolul anterior. Într-adevăr, Kagan consideră că John Bowlby, Mary Ainsworth și colegii lor se înșelau în cea mai mare parte în privința modului în care anxietatea se transmite de la o generație la alta. Din perspectiva lui Kagan, stilul de atașament nesecurizant nu este în sine responsabil pentru un copil anxios, ci – și aici suprasimplific puțin – *genele* o fac pe mamă să aibă un temperament anxios; acest temperament, la rândul său, o face să manifeste un tipar de atașament pe care psihologii îl consideră nesecurizant. Mama transmite apoi copiilor această anxietate – nu în primul rând prin stilul de *parenting* (deși, cu siguranță, asta poate face ca transmiterea să fie și mai eficientă), cum spun Bowlby și Ainswroth, ci prin transmiterea genelor anxietății. Ceea ce, dacă este adevărat, ar face mult mai dificil faptul de a opri transmiterea anxietății de la o generație la alta prin modificarea comportamentului părinților – și ar putea explica de ce, în ciuda tuturor eforturilor noastre, eu și soția mea nu am reușit să ne ferim copiii de semnele incipiente ale tulburărilor de anxietate.

John Bowlby a citat studii pe animale pentru a-și susține teoria atașamentului. Dar și Jerome Kagan poate cita studii pe animale pentru a-l combate pe Bowlby și pentru a-și susține propria teorie a temperamentului. În anii '60, cercetătorii de la Spitalul Maudsley din Londra au crescut ceea ce a ajuns cunoscut ca rasa

[i]) Ceea ce corespunde studiilor care au descoperit că un procent relativ stabil de soldați sunt predispuși la căderi nervoase când sunt expuși la stresul de luptă.

Maudsley de șobolani reactivi, care reacționează la stres prin comportamente intens anxioase. Aceste experimente de reproducere au fost realizate fără beneficiile oferite de genomica modernă. Cercetătorii pur și simplu au observat comportamentul șobolanilor, au notat care erau cei „reactivi afectiv" (în principal prin metoda măsurării ratei de defecare când erau plasați în spații deschise) și i-au lăsat să se împerecheze, reușind astfel să creeze această rasă foarte anxioasă. (Prin aceeași tehnică de reproducere selectivă au creat și o rasă de șobolani nereactivi, care reacționează *mai puțin* temător decât media la spații deschise și alți factori stresanți.) Asta pare să demonstreze existența unei componente ereditare semnificative a anxietății la populațiile de șobolani.

Tehnicile experimentale moderne au depășit reproducerea selectivă. Oamenii de știință sunt acum capabili să activeze sau să inactiveze pe cale chimică anumite gene ale șoarecilor, ceea ce le permite cercetătorilor să observe modul în care genele influențează comportamentul. Dezactivând anumite gene, cercetătorii au creat șoareci care, de exemplu, nu mai resimt anxietate și care de fapt nu pot să recunoască pericole reale pentru că amigdala lor nu mai funcționează. Cu sute de studii de acest tip publicate în fiecare an, cercetătorii au identificat până în prezent cel puțin 17 gene care par să influențeze diverse părți ale neurocircuitului fricii în șoareci.

De exemplu, Eric Kandel, specialist în neuroștiințe de la Universitatea Columbia și câștigător al Premiului Nobel, a descoperit o genă (cunoscută ca *Grp*) care pare să codeze capacitatea șoarecelui de a dobândi noi fobii prin condiționarea fricii și o altă genă (cunoscută ca stathmin) care reglează nivelurile înnăscute de anxietate fiziologică. Șoarecii a căror genă *Grp* a fost dezactivată nu pot învăța să asocieze un ton neutru cu un șoc electric în același mod în care o pot face șoarecii normali.[6] Șoarecii a căror genă stathmin a fost dezactivată devin neînfricați: în loc să se ascundă instinctiv într-o margine a spațiilor mari, așa cum fac șoarecii normali, se aventurează cutezători în zone expuse.[7]

Evoluția a conservat numeroase gene, așa că oamenii și rozătoarele au multe gene comune. De exemplu *RGS2*, o genă care și la

şoareci, şi la oameni pare să regleze expresia unei proteine care modulează receptorii de serotonină şi noradrenalină din creier. După ce s-a observat că şoarecii care nu au gena *RGS2* prezintă un comportament semnificativ mai anxios şi „tonalitate simpatetică elevată" (ceea ce înseamnă că corpul lor este în mod constant uşor activat pe modul luptă-sau-fugă), o serie de studii pe oameni realizate de Jordan Smoller şi echipa lui de la Harvard Medical School au descoperit o relaţie între anumite variaţii ale genei *RGS2* şi timiditatea oamenilor. Într-un studiu[8] pe copii care proveneau din 119 familii, în cazul celor care prezentau caracteristici ale unui temperament „inhibat comportamental" exista tendinţa de a avea aceeaşi variantă a genei *RGS2*. Un alt studiu[9] pe 744 de studenţi a descoperit că aceia cu varianta „timidă" a genei aveau o probabilitate mai mare de a se autodescrie ca introvertiţi. Un al treilea studiu[10] a dezvăluit modul în care gena îşi exercită efectul asupra creierului: a fost scanat creierul a 55 de adulţi tineri cărora li se arătau feţe umane cu expresii furioase sau speriate şi s-a descoperit că era mai probabil ca aceia cu varianta relevantă a *RGS2* să prezinte o „activare neuronală" mai intensă la nivelul amigdalei şi insulei, regiune a cortexului asociată nu numai cu manifestările de frică determinate de sistemul limbic, ci şi cu „conştiinţa interoceptivă", conştientizarea explicită a funcţionării organice interne care poate provoca „sensibilitatea la anxietate". Un al patrulea studiu[11] pe 607 oameni care au trecut prin perioada de uragane puternice din Florida din 2004 a descoperit că aceia cu varianta relevantă a genei *RGS2* aveau o probabilitate mai mare de a dezvolta o tulburare de anxietate în urma acelei perioade.

Nici unul dintre aceste studii nu a demonstrat că simplul fapt de a avea o anumită variantă a genei *RGS2 cauzează* o tulburare de anxietate. Dar indică faptul că gena *RGS2* influenţează funcţionarea sistemelor fricii din insulă şi amigdală – şi că indivizii cu varianta „timidă" a genei prezintă o probabilitate mai mare de a avea o amigdală hiperactivă şi niveluri mai ridicate de activare a sistemului nervos autonom în situaţii sociale, fiind aşadar timizi sau introvertiţi. (Timiditatea şi introversiunea constituie amândouă factori care predispun la tulburări de anxietate.)

Lauren McGrath, cercetător la Departamentul de Psihiatrie și Neurodezvoltare din cadrul Spitalului General Massachusetts, a studiat timp de aproape 20 de ani 134 de persoane începând încă de când s-au născut.[12] Când bebelușii aveau patru luni, echipa lui McGrath i-a împărțit în grupuri de oameni (în termenii lui Kagan) „intens reactivi" și „slab reactivi". La patru luni, cei intens reactivi plângeau și se mișcau mai mult ca răspuns la mișcarea unui obiect decât cei slab reactivi; la 14 și la 21 de luni, cei intens reactivi aveau în continuare tendința de a prezenta reacții de frică la situațiile noi. 18 ani mai târziu, echipa lui McGrath a căutat subiecții studiului și a analizat structura și reactivitatea amigdalei lor. Desigur, cei care la patru luni fuseseră identificați ca fiind intens reactivi aveau la 18 ani o amigdală hiperactivă, spre deosebire de cei slab reactivi – încă o dovadă că reacția la nou determinată de amigdală este un predictor important al nivelului temperamental de anxietate. O altă idee ingenioasă a echipei lui McGrath a fost să folosească tehnici noi de codare genetică, descoperind astfel că nivelul ridicat de reactivitate a amigdalei la vârsta de 18 ani corela semnificativ cu o anumită variație a genei cunoscute ca *RTN4*. McGrath și colegii ei au emis ipoteza că gena *RTN4* contribuie la determinarea nivelului de reactivitate al amigdalei, ceea ce determină dacă temperamentul va fi intens reactiv sau slab reactiv – ceea ce determină la rândul său vulnerabilitatea la anxietatea clinică.

Această supă-alfabet de studii genetice – sute, dacă nu mii se desfășoară chiar în acest moment – poate părea fundamental reducționistă. Cu câțiva ani în urmă am citit un articol din *New York Times* despre studii care au identificat o corelație între anumite variante a două gene umane – *AVPR1a* și *SLC6A4* – și „talentul pentru dans creativ"[i][13]. Presupun că vestea bună este că, dacă asta schimbă modul în care percepem caracterul și soarta, va schimba

[i]) Desigur, geneticienii recunosc că anxietatea sau talentul la dans trebuie să aibă mai multe cauze genetice (și de mediu). Dar tendința de a reduce emoțiile la elementele neurochimice subiacente și la genele care le determină poată părea inexorabilă.

poate și modul în care percepem curajul și lașitatea, rușinea și boala, stigmatul și boala mintală. Dacă anxietatea extremă este determinată de anomalii genetice, ar trebui să fie în mai mare măsură motiv de rușine decât scleroza multiplă sau fibroza chistică sau părul brunet, toate tulburări sau trăsături codate de gene?

În urmă cu 50 de ani puteam să dăm vina în mod plauzibil pe comportamentul mamelor noastre pentru tot felul de nevroze și nefericiri și comportamente rele. Astăzi probabil că putem încă să ne învinovățim mama – dar poate este mai plauzibil să dăm vina pe *genele* pe care ni le-au transmis decât pe *comportamentele* lor sau pe rănile afective pe care le-au provocat.

...ceea ce pare să nu fie nimic mai mult decât o pișcătură de purice pentru unii altora le cauzează un chin insuportabil.

— Robert Burton, *The Anatomy of Melancoly* (1621)[a]

Există o serie de companii private care, în schimbul unei picături de salivă și al unui onorariu piperat, vor identifica acea parte din genomul tău care îți va oferi informații despre riscul relativ de a face diferite boli. În urmă cu câțiva ani am plătit câteva sute de dolari unei companii numite 23andMe, așa că acum știu că genele mele mă determină să am, în principiu, o probabilitate puțin peste medie de a face pietre la rinichi, o probabilitate puțin sub medie de a face diabet de tip 2 sau cancer de piele și o probabilitate medie de a suferi un atac de cord sau de a face cancer de prostată. Am aflat și că genotipul meu mă determină să „metabolizez rapid cafeina", că prezint un risc „tipic" de dependență de heroină și abuz de alcool și am fibre musculare care se contractă rapid. (Am aflat și că în cazul meu ceara din urechi este „umedă".)

Speram să aflu ce variante am în privința a două gene dintre care fiecare a fost numită la un moment dat „gena Woody Allen". Prima dintre acestea, cunoscută drept *COMT*, se găsește pe cromo-

[a]) Vezi Robert Burton, *Anatomia melancoliei*, trad. rom. cit., p. 46 (n. tr.).

zomul 22 şi codează producerea unei enzime (catecol-O-metiltransferază) care descompune dopamina la nivelul cortexului prefrontal. A doua genă, *SLC6A4*, cunoscută şi ca gena *SERT*, se găseşte pe cromozomul 17 şi codează gradul de eficienţă a transmiterii serotoninei între sinapse.

Gena *COMT* are trei variante.[i] Una (cunoscută ca val/val) codează un nivel crescut al enzimei care descompune dopamina foarte eficient; celelalte (val/met şi met/met) codează niveluri mai scăzute care descompun mai puţin eficient dopamina şi lasă o cantitate mai mare în sinapse. Studii recente au descoperit că în cazul oamenilor cu versiunea met/met există tendinţa de a fi dificilă reglarea activării afective.[14] Nivelurile excesive de dopamină, speculează cercetătorii, sunt legate de „afectivitatea negativă" şi de o „focalizare inflexibilă a atenţiei" care îi face pe oameni să nu-şi poată învinge interesul obsesiv faţă de stimuli înfricoşători – trăsături care, la rândul lor, sunt legate de depresie, nevrotism şi, mai ales, de anxietate. Oamenii cu varianta met/met prezintă o incapacitate de relaxare după expunerea la stimuli aparent ameninţători, chiar şi dacă se demonstrează că aceşti stimuli nu sunt periculoşi. Prin opoziţie, varianta val/val a fost asociată cu o trăire *mai puţin* intensă a emoţiilor negative, o reacţie de tresărire *mai puţin* intensă şi cu o inhibiţie comportamentală *mai mică*.[ii]

---

[i]) Daţi-mi voie să spun aici că nu sunt specialist în genetică şi că supra-simplific cercetări vaste şi complexe. Recomand *The Other Side of Normal: How Biology Is Providing the Clues to Unlock the Secrets of Normal and Abnormal Behavior* (*Cealaltă faţă a normalităţii: indicii oferite de biologie pentru dezlegarea secretelor comportamentului normal şi anormal*) de Jordan Smoller, o carte uşor de înţeles despre genetica psihiatrică scrisă de un expert.

[ii]) Numeroase studii susţin legătura dintre varianta met/met a genei *COMT* şi niveluri de anxietate neobişnuit de înalte – deşi, interesant, în special în cazul femeilor. Un studiu[15] realizat la Institutul Naţional de Cercetare a Abuzului de Alcool şi a Alcoolismului a analizat două grupuri diferite de femei – caucaziene din suburbiile statului Maryland şi indiene din Oklahoma rurală – şi a descoperit că la ambele populaţii femeile cu varianta met/met raportează niveluri mult mai mari de anxietate decât femeile cu celelalte variante. (Varianta met/met corelează şi cu o cantitate de un sfert sau de o

David Goldman, directorul secției de neurogenetică de la Institutul Național de Sănătate, a numit *COMT* „gena îngrijorare-luptă"[17]. Conform lui Goldman, cei cu varianta val/val sunt „războinici": în condiții de stres, această variantă a genei le oferă o creștere benefică a nivelului extracelular de dopamină, ceea ce se presupune că îi face mai puțin anxioși și mai puțin susceptibili la durere și le permite să se concentreze mai bine. Acest nivel mai ridicat de dopamină le oferă și o „memorie mai bună de lucru" în situații stresante. Îmi imaginez că, de exemplu, jucătorul de fotbal american Tom Brady – legendar pentru capacitatea lui de a lua decizii rapide și inteligente în situații de presiune enormă (să arunce corect mingea unui coechipier liber la viteză mare în timp ce milioane de oameni se uită la el și îl judecă) – are varianta războinică. Dar există situații în care această variantă, pe care o are 25% din populația lumii, oferă avantaje evoluționiste. Studiile au arătat că purtătorii versiunii met/met au o performanță mai bună la sarcinile cognitive care necesită implicarea memoriei și atenției când *nu* sunt în situații de stres sever; asta sugerează că se poate ca persoanele care tind să-și facă griji să se priceapă mai bine la evaluarea mediilor complexe și să evite astfel pericolele. Fiecare versiune oferă o strategie adaptativă diferită: cei cu varianta îngrijorării se pricep să evite primejdia; cei cu varianta războinică acționează eficient în situații periculoase.[i]

---

treime din cantitatea tipică de catecol-O-metiltransferază la nivelul creierului.) Când li s-a făcut electroencefalograma femeilor cu varianta met/met s-a descoperit că prezintă un „tipar de unde cerebrale alfa de voltaj redus", asociat cu tulburări de anxietate și alcoolism. Pe scurt, studiul a dezvăluit o legătură nu numai între gene și nivelurile enzimei și între nivelurile enzimei și activitatea cerebrală, ci și între activitatea cerebrală și nivelurile resimțite subiectiv de anxietate. Un alt studiu[16], realizat în 2009 pe populații germane și americane, a descoperit că oamenii cu varianta met/met a genei prezintă o reacție fiziologică de tresărire mai intensă decât media când li se arată o serie de imagini neplăcute și că au, conform testelor standard de personalitate, un nivel general de anxietate mai ridicat.

[i]) Aceste strategii evoluționiste diferite par să se aplice până și în cazul peștilor.[18] Lee Dugatkin, profesor de biologie la Universitatea din Louisville,

Gena *SERT* are de asemenea trei variante: scurtă/scurtă, scurtă/lungă și lungă/lungă (abreviate s/s, s/l și l/l). Începând de la mijlocul anilor '90, numeroase studii[19] au descoperit că oamenii cu una sau mai multe alele scurte ale genei *SERT* (adică cei cu varianta s/l sau s/l) tind să proceseze serotonina mai puțin eficient decât cei cu alele lungi – și că, atunci când purtătorilor polimorfismelor cu alele scurte li se arată imagini care induc frica, aceștia prezintă un nivel mai mare de activitate la nivelul amigdalei decât purtătorii perechii l/l. Ipoteza cercetătorilor este că această corelație între o genă specifică și activitatea amigdalei contribuie la explicația ratelor mai mari de tulburări de anxietate și depresie pe care alte studii le-au descoperit la oamenii cu versiunea s/s.

În absența stresului de viață, oamenii cu genotipurile s/s și s/l nu au o probabilitate mai mare de a fi deprimați decât oamenii cu genotipurile l/l. Totuși, când apar situații stresante – cum ar fi probleme financiare, relaționale, de muncă sau de sănătate – indivizii cu versiuni scurte au o probabilitate mai mare de a face depresie sau de a se sinucide. Cu alte cuvinte, oamenii cu varianta l/l par să fie parțial protejați de depresie și anxietate chiar și în condiții de stres.[i]

---

studiază peștii guppy. Unii sunt îndrăzneți; alții sunt timizi. Masculii guppy îndrăzneți, observă Dugatkin, au o probabilitate mai mare decât cei timizi să atragă femele cu care să se împerecheze. Însă aceștia, în cutezanța lor, prezintă și un risc mai mare de a înota în apropierea prădătorilor și de a fi mâncați. Peștii guppy timizi tind astfel să trăiască mai mult – și au prin urmare un timp mai îndelungat în care să se împerecheze. Ambele tipuri de guppy, cei îndrăzneți și cei timizi, reprezintă o strategie evoluționistă viabilă: fii îndrăzneț și împerechează-te mai mult cu riscul de a muri tânăr – sau fii timid, împerechează-te mai puțin și trăiește mai mult. Faptul de a fi un guppy îndrăzneț comportă o valoare adaptativă – dar există o valoare adaptativă și în faptul de a fi un guppy timid. Nu e greu să observăm că aceleași strategii evoluționiste funcționează și la populațiile de oameni. Unii trăiesc cu îndrăzneală, se împerechează promiscuu, își asumă riscuri și tind să moară devreme (să ne gândim la clanul Kennedy, cutezător și tragic); alții duc o viață timidă, se împerechează mai puțin, evită riscurile și tind să prezinte un risc mai mic de a muri prematur în accidente.

[i]) Nu toate studiile au confirmat ipoteza inițială conform căreia faptul de a avea o alelă scurtă a genei *SERT* te face mai susceptibil la anxietate sau

Kerry Ressler, psihiatru la Universitatea Emory, a ajuns la descoperiri asemănătoare în privința altor gene. Ressler a descoperit că, deși unele genotipuri par să inducă o vulnerabilitate mai mare la anumite forme de tulburări de anxietate, alte genotipuri par să confere o *rezistență aproape totală la acestea*. De exemplu, o genă numită *CRHR1* codează structura receptorilor cerebrali ai hormonului de eliberare a corticotropinei (CRH), secretat când este activată reacția de luptă-sau-fugă sau în perioadele prelungite de stres. Suprasimplificând puțin, există trei variante ale acestei gene: C/C, C/T și T/T (literele indică secvența de proteine care codează aminoacizii ce alcătuiesc ADN-ul tău). Studiind un grup de 500 de oameni din zona săracă a orașului Atlanta care au suferit privațiuni, traume și abuz în copilărie, Ressler a descoperit că varianta genei *CRHR1* pe care ai moștenit-o este un predictor important al probabilității să faci depresie la vârsta adultă dacă ai fost abuzat când erai copil.[20] O versiune homozigotă a genei (C/C) a fost asociată cu faptul că acei copii care au fost victime ale abuzului aveau o probabilitate *foarte mare* de a avea depresie clinică la vârsta adultă; versiunea heterozigotă a genei (C/T) a fost asociată cu o probabilitate *moderată* de depresie la vârsta adultă; și faptul cel mai fascinant este că cealaltă versiune homozigotă a genei (T/T) *nu a fost deloc asociată* cu depresia la vârsta adultă – versiunea T/T a genei pare să confere acestor victime ale abuzului în copilărie imunitate totală la depresie. Abuzul în copilărie pare să nu fi avut *nici un efect psihologic pe termen lung* asupra celor cu această versiune a genei.

Ressler a ajuns la rezultate asemănătoare în studii asupra genei responsabile de codarea sensibilității la feedback a receptorilor de glucocorticoid. Variațiile acestei gene cunoscute ca *FKBP5* par a

depresie. De exemplu, deși studiile epidemiologice ajung în mod constant la concluzia că rata anxietății clinice și depresiei este *mai mică* în Asia decât în Europa sau în America de Nord, testele genetice au descoperit că prevalența alelei s/s a genei *SERT* este semnificativ *mai mare* la populațiile din Asia de Est decât la cele occidentale – ceea ce ridică întrebări interesante despre modul în care cultura și structura socială interacționează cu genetica și influențează ratele și intensitatea anxietății la indivizii din societăți diferite.

avea un efect puternic asupra susceptibilității copiilor la tulburarea de stres posttraumatic.[21] În timp ce o variantă a genei *FKBP5* pare să fie asociată cu rate ridicate de TSPT/PTSD, o altă variantă pare să confere o rezistență puternică: numărul de copii afectați de TSPT/PTSD care aveau varianta G/G a fost de doar o treime din numărul copiilor cu alte variante.

Astfel de cercetări sugerează că susceptibilitatea la cădere nervoasă este determinată semnificativ de genele pe care le ai. Anumite genotipuri te fac foarte vulnerabil la căderi nervoase în situații traumatice sau de stres; alte genotipuri de fac rezilient în mod natural. Nu există o singură genă și nici măcar o serie de gene care să programeze anxietatea *per se*. Dar anumite combinații de gene te programează să ai fie un nivel ridicat, fie un nivel scăzut de activitate a axei hipotalamus-hipofiză-suprarenale: dacă te-ai născut cu un sistem nervos autonom sensibil și apoi ai fost expus la stres în copilăria timpurie, axa ta HPA a devenit și mai sensibilă, așa că va fi tot timpul hiperactivă în viața de mai târziu, determinând o activitate excesiv de intensă a amigdalei – ceea ce te face numai bun pentru depresie sau tulburări de anxietate. Dacă însă te-ai născut cu gene care codează niveluri scăzute de activitate HPA, vei prezenta tendința de a avea un nivel mai ridicat de imunitate până și la efectele stresului sever.

Se pare că aici este o explicație cel puțin parțială pentru ceea ce Robert Burton, eruditul de la Oxford, a observat încă din 1621 în *Anatomia melancoliei*: „ceea ce pare să nu fie nimic altceva decât o pișcătură de purice pentru unii altora le cauzează un chin insuportabil".

Oare m-aș fi simțit ușurat să descopăr că am versiunea războinică a genei *COMT*, pentru că asta ar fi însemnat că, la urma urmei, nu sunt condamnat genetic la niveluri înalte de „nevrotism" și „evitare a vătămării"? Sau m-aș fi simțit și mai rău decât mă simt deja dacă aș fi descoperit că am, să spunem, versiunea lungă/lungă a genei *SERT*: să fiu binecuvântat cu genele bunei dispoziții și rezilienței și să fiu totuși atât de anxios și nevrotic – cât de jalnic ar fi? Ar însemna că am reușit cumva să stric o moștenire genetică generoasă?

În cartea ei din 1937, *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, Karen Horney, discipolă a lui Freud, scrie despre modul în care ticul comportamental standard al nevroticului este de a se reduce la nimic – *Sunt un ratat*, își spune lui însuși, *uită-te la toate obstacolele care mă împiedică și la toate handicapurile care mă limitează; e de mirare că mai funcționez întru câtva* – ca să scadă presiunea de a realiza ceva. Nevroticul nutrește în secret (uneori fără ca măcar să știe) o ambiție puternică de realizare ca mijloc de a compensa lipsa sentimentului de valoare a propriei persoane. Dar este prea intolerabilă frica de eșec sau de confirmare a lipsei de valoare printr-o nereușită evidentă de a realiza ceva în pofida efortului sincer de a reuși. Așa că, printr-o tactică psihologică de apărare, nevroticul exagerează infirmitățile care fac evident dificilă atingerea succesului. Odată stabilite aceste handicapuri și dezavantaje, presiunea dispare: orice ar realiza nevroticul este cu atât mai lăudabil. Și dacă nevroticul eșuează? Ei bine, pentru asta au fost exagerate toate deficiențele: cum te-ai putea aștepta la orice în afară de eșec dacă sunt atâtea bariere în calea lui? Așa că dacă aș descoperi că am versiunea nevrotică a genei *COMT* sau gena *SERT* anxios-depresivă m-aș simți oarecum ușurat. *Vezi*, aș putea să spun, *asta e o dovadă că anxietatea mea e „reală". E chiar în genele mele. Cum s-ar putea aștepta cineva – cum mă pot aștepta eu însumi – să fac orice altceva decât să mă târăsc înainte? E de mirare că am fost în stare să realizez ceva cu toată constelația mea de gene tulburate! Lăsați-mă să mă bag sub pătură și să mă uit la ceva calmant la televizor.*

Într-o zi, seara târziu, a ajuns raportul despre gena mea *COMT*.[i] Sunt heterozigot (val/met), ceea ce înseamnă, pe baza informați-

[i]) L-am rugat pe cumnatul meu, licențiat în biochimie și student la Medicină, să ia datele genetice brute pe care mi le oferise 23andMe și să le introducă în baza de date *open source* de informații genomice pentru a ne da seama ce variantă de genă *COMT* am eu. Și, deși 23andMe nu le oferă în prezent clienților nici măcar datele brute despre variantele *SERT*, am reușit să-mi conving niște prieteni specialiști în neuroștiințe să-mi facă testele pentru asta cu condiția să nu le dezvălui numele, întrucât primesc subvenții federale de cercetare și nu ar trebui să facă teste pe nici o persoană care nu participă în mod oficial la studiu.

ilor limitate de până acum, că nu fac parte nici dintre războinici, nici dintre cei care tind să se îngrijoreze, ci sunt undeva între. (Un studiu[22] din 2005 realizat la Universitatea de Stat San Diego a descoperit că oamenii – mai ales femeile – cu varianta val/met au tendința de a fi mai introvertiți și nevrotici.) La scurt timp am primit rezultatele testului genotipic pentru gena *SERT*: am varianta scurtă/scurtă – cea despre care numeroase studii au descoperit că este un predictor pentru tulburări de anxietate și depresie în condiții de stres. Dacă ne putem încrede în cercetările genetice din prezent, eu ar trebui – pe baza genotipului meu – să fiu anxios și să am tendința de a evita vătămările, să fiu neobișnuit de susceptibil la suferință și durere.

Nu ar trebui ca toate astea să fie eliberatoare? Dacă anxietatea este codată genetic, dacă este o afecțiune medicală și nu un defect de caracter sau o slăbiciune a voinței, de ce să fiu învinovățit sau stigmatizat sau să-mi fie rușine?

Dar faptul de a pune responsabilitatea pentru temperamentul și personalitatea și nivelurile tale bazale de anxietate pe seama ghinionului ereditar – oricât ar fi asta de întemeiat genetic – se scufundă rapid într-un teritoriu filozofic vexant. Nucleotidele, genele, neuronii și neurotransmițătorii care determină anxietatea mea sunt aceleași componente care alcătuiesc și restul personalității mele. Genele îmi codează sinele în aceeași măsură în care îmi codează anxietatea. Chiar vreau să atribui specificul meu personal unor factori genetici care nu se află deloc sub controlul meu?

Enigmaticele fobii ale micii copilării merită să mai fie o dată menționate. [...] Putem înțelege unele dintre ele – fobia de a fi singur, fobia de întuneric, fobia de persoane străine – ca reacții la pericolul pierderii de obiect; pentru altele – fobia de animale mici, de tunete ș.a.m.d. – există poate indicația că ele sunt resturile diminuate ale unei precauții congenitale pentru pericolele reale, precauție atât de clar formată la alte animale.

— Sigmund Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă* (1926)[a]

[a]) Vezi Freud, *Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. rom. cit., pp. 343–344 (n. tr.).

Cum se poate să fi ajuns ceva atât de idiosincrasic ca o fobie specifică de la mama la mine și la fiica mea? Poate o fobie simplă să fie genetică?

Să ne amintim că Freud, spre sfârșitul carierei sale, a observat că anumite fobii comune – frica de întuneric, frica de a fi singur, frica de animale mici, frica de furtuni – par să aibă rădăcini adaptative din punct de vedere evoluționist, reprezentând „rămășițele atrofiate ale disponibilității înnăscute de apărare împotriva pericolelor realității, atât de bine dezvoltată la alte animale". Conform acestei logici, anumite fobii sunt comune pentru că apar din frici instinctive care au fost păstrate prin selecție.

În anii '70, Martin Seligman, psiholog la Universitatea din Pennsylvania, a elaborat această concepție și a ajuns la ceea ce a numit teoria pregătirii: anumite fobii sunt comune pentru că evoluția a selectat creierele dispuse să aibă reacții exagerate de frică la lucruri periculoase.[23] Oamenii de Cro-Magnon care se temeau în mod instinctiv – și care așadar evitau – să cadă de pe stânci înalte sau să fie mușcați de șerpi sau insecte veninoase sau să se expună la prădători în câmpuri deschise aveau o probabilitate mai mare de a supraviețui.

Dacă creierul omului este predispus la frica de anumite lucruri, asta pune într-o nouă lumină unul dintre cele mai celebre experimente din istoria psihologiei. Dacă John Watson a interpretat greșit experimentul făcut pe Micul Albert despre care am discutat în capitolul 2? Dacă adevăratul motiv pentru care Albert a dezvoltat o fobie atât de profundă de șobolani și a generalizat-o atât de rapid la alte creaturi îmblănite nu a fost eficiența condiționării comportamentale, ci faptul că creierul uman are o predispoziție naturală de a se teme de lucruri mici și cu blană? Rozătoarele, la urma urmei, pot fi purtătoare de boli mortale. Primii oameni care au dezvoltat o frică prudentă de șobolani vor fi avut un avantaj evoluționist care le-a oferit o probabilitate mai mare de supraviețuire. Așa că se poate ca motivul principal pentru care atât de mulți oameni din zilele noastre dezvoltă fobii de rozătoare să nu fie nici proiecția în exterior a conflictului psihic (după cum

susținea tânărul Freud) și nici eficiența condiționării comportamentale (după cum susținea Watson); pare să fie mai degrabă legătura acestor frici cu o reacție atavică ușor de declanșat.

Mult timp, primatologii au crezut că maimuțele ies din pântec cu o frică înnăscută de șerpi. Când cercetătorii observau o maimuță care dădea de un șarpe (sau chiar de un obiect asemănător unui șarpe), reacția maimuței era de frică – aparent o manifestare clară de disponibilitate pur instinctivă pentru o frică înnăscută transmisă cumva prin gene. Dar Susan Mineka, psiholog la Universitatea Northwestern, a descoperit că maimuțele separate de mamă și crescute în captivitate nu se tem deloc atunci când dau pentru prima oară de un șarpe. Doar după ce puii foarte mici de maimuțe își observă mama reacționând speriată la un șarpe – sau după ce văd o înregistrare în care o altă maimuță reacționează speriată la un șarpe – încep să manifeste un comportament temător când sunt ei înșiși expuși la o întâlnire cu un șarpe. Asta indică faptul că puii de maimuțe *învață* să se teamă de șerpi privindu-și mama – o dovadă aparent importantă că fobia se dezvoltă prin învățare determinată de mediu, nu prin determinare genetică. Însă Mineka a mai descoperit ceva neașteptat: maimuțele *nu* dezvoltă cu ușurință frica de lucruri care nu sunt intrinsec periculoase.[24] Puii de maimuță cărora li s-au arătat înregistrări cu alte maimuțe care reacționau temător la un șarpe au dezvoltat ulterior o frică de șerpi – dar maimuțele cărora li s-au arătat înregistrări (montate cu măiestrie) în care alte maimuțe reacționau temător la flori sau iepuri *nu* au dezvoltat o frică de flori sau iepuri. Evident, este necesară o combinație de observație socială și pericol intrinsec pentru a provoca la maimuțe un comportament asemănător fobiei.

Arne Öhman, psihologul suedez despre ale cărui cercetări asupra anxietății sociale am vorbit în capitolul 4, arată că, deși toți oamenii au o predispoziție evoluționistă de a dezvolta anumite frici adaptative, majoritatea oamenilor nu au fobii. Öhman susține că aceasta este o dovadă că există o variație genetică a gradului de sensibilitate a creierului nostru până și față de stimulii de care

suntem predispuşi biologic să ne temem.[25] Unii oameni – ca mine, ca mama, fiica mea, fiul meu – au o disponibilitate codată genetic de a dezvolta frici şi ca acestea să aibă o intensitate peste medie.[i]

În favoarea teoriei pregătirii a lui Seligman, Öhman a descoperit că aceste fobii – printre care acrofobia (frica de înălţimi), claustrofobia (spaţii închise), arahnofobia (păianjeni), murofobia (rozătoare) şi ofidiofobia (şerpi) – care ar fi avut o evidentă relevanţă adaptativă în istoria noastră evoluţionistă timpurie sunt mult mai greu de vindecat prin terapia prin expunere decât fobiile de lucruri cum ar fi trenuri sau cai, care nu sunt „relevante" pentru frică din punct de vedere istoric. Mai mult, Öhman a descoperit că până şi fobiile de pistoale şi cuţite – care sunt evident „relevante" pentru frică în zilele noastre, dar care nu ar fi fost astfel pentru oamenii de Neanderthal şi alţi strămoşi de pe parcursul evoluţiei – sunt mult mai uşor de vindecat decât fricile de şerpi şi şobolani, ceea ce sugerează că fricile pentru care aveam cea mai mare predispoziţie şi de care ne este cel mai greu să scăpăm sunt înscrise în genele noastre încă din primele perioade ale evoluţiei primatelor.

Dar există oare ceva folositor din punct de vedere evoluţionist la emetofobie? Faptul de a vomita este adaptativ; ne poate scăpa de toxine care pot fi mortale. Care ar putea fi explicaţia genotipului unei astfel de fobii?

O posibilitate speculativă este că emetofobia derivă genetic dintr-un impuls care *chiar* este adaptativ din punct de vedere

---

[i]) Este interesant că fobii diferite par să activeze părţi diferite ale circuitelor noastre neuronale şi să aibă rădăcini genetice diferite. Asta este adevărat potrivit propriei mele experienţe. Oricât aş fi de fobic faţă de zborul cu avionul sau de înălţimi şi de vârsături şi de brânză, nu am o frică ieşită din comun de şerpi sau şobolani sau alte animale; de fapt, se poate ca lumea animalelor să fie unul dintre puţinele domenii în care sunt efectiv mai puţin temător decât ar trebui să fiu. Am fost muşcat rău de un câine (ceea ce a dus la o vizită la camera de gardă când aveam opt ani), de un şarpe (am avut la un moment dat un şarpe pe nume Kim) şi o dată am fost atacat brutal (dintre toate creaturile) de un cangur despre care am crezut greşit că îşi dorea o îmbrăţişare. (E o poveste lungă.) M-aş simţi mult mai bine dacă aş fi acoperit de o grămadă de şerpi (neveninoşi) şi de şobolani decât dacă aş zbura cu avionul prin turbulenţe chiar şi uşoare.

evoluționist: evitarea *altor oameni* care vomită. Fuga instinctivă de oameni care vomită poate că i-a salvat pe hominizii timpurii de expunerea la toxine din mediu care i-ar fi putut otrăvi. O altă posibilitate este ca o sferă de trăsături temperamentale și predispoziții comportamentale și cognitive determinate genetic, plus un nivel înnăscut înalt de reactivitate fiziologică să fi conlucrat pentru sporirea vulnerabilității la anxietatea fobică – și poate că au contribuit cumva mai ales la această anxietate fobică. Eu, mama mea și fiica mea avem o fiziologie înalt reactivă, cu o amigdală neliniștită și cu un trup care este permanent în alertă maximă, ceea ce ne face să fim constant hipervigilenți. Mama – la fel ca mine și ca fiica mea – are o tendință preponderentă să se îngrijoreze; uneori bate ritmic din degete și se aude tare. Reactivitatea noastră fiziologică și temperamentul nostru inhibat ne fac pe toți trei să fim în general mai neliniștiți și mai predispuși să resimțim emoții negative intense când suntem expuși la stimuli înfricoșători într-o măsură mai mare decât cineva cu un temperament slab reactiv, neinhibat.

Iată o conversație pe care am purtat-o cu fiica mea în seara de dinaintea unei excursii în Florida, la scurt timp după ce a împlinit șase ani.

— Mi-e frică de zborul cu avionul de mâine.

— Nu ai de ce să te temi, spun eu încercând să-i inspir o stare calmă. Ce anume din zborul cu avionul te sperie?

— Instrucțiunile de siguranță.

— *Instrucțiunile de siguranță*? Ce-i cu instrucțiunile de siguranță?

— Partea în care vorbesc despre prăbușire.

— O, avioanele sunt foarte sigure. Avionul nu o să se prăbușească.

— Atunci de ce au instrucțiuni despre ce să faci dacă *chiar* se prăbușește?

— Asta fiindcă există reguli speciale care spun că însoțitorii de zbor trebuie să ne dea instrucțiuni pentru a ne menține foarte în siguranță. Dar să zbori cu avionul e mult mai sigur decât să mergi cu mașina.

— Atunci de ce nu trebuie să ascultăm instrucțiuni de siguranță când mergem cu mașina?

— Susanna, strig eu din capul scărilor, poți să vii să vorbești cu Maren despre ceva?

Maren pare să fi ajuns la frica de zbor fără nici o instrucțiune directă din partea mea. Era deja echipată temperamental să se îngrijoreze, să scaneze mediul pentru identificarea potențialelor amenințări; dispoziția firească a minții ei – la fel ca în cazul meu, ca în cazul mamei, ca în cazul pacienților tipici cu tulburare anxioasă generalizată – este de a căuta și de a-și face griji (în sensul de „a întoarce pe toate părțile", de a analiza din toate perspectivele) în legătură cu toate scenariile de tipul cel-mai-rău-caz-posibil. Apariția înțelegerii instrucțiunilor de siguranță, cu referințele lor la aterizarea pe apă și poziția pasagerilor în caz de prăbușire, i-a stimulat anxietatea.

Copiii mei au amândoi darul meu de a anticipa catastrofa – de a-și imagina tot timpul și de a se îngrijora pentru cel-mai-rău-caz-posibil, chiar dacă acest scenariu nu este probabil din punct de vedere statistic. Dacă descopăr o mică umflătură pe față în timp ce mă bărbieresc încep imediat să-mi fac griji nu (cum ar fi cel mai probabil) că-mi iese un coș, ci că e o tumoră malignă și posibil fatală. Dacă am un junghi în coaste încep imediat să-mi fac griji nu că e o întindere musculară sau ceva de la digestie, ci că e debutul unei apendicite acute sau cancer de ficat. Dacă atunci când conduc cu soarele în față mă simt ușor amețit sunt convins că nu e un truc al luminii tremurătoare, ci un prim semn de atac vascular sau de tumoră cerebrală.

Mai târziu ne pregăteam din nou să călătorim cu avionul într-o vacanță de familie. Maren s-a apucat strâns cu mâinile de mânerele scaunului înainte de decolare, foarte atentă la fiecare zdrăngănit și vâjâit din măruntaiele avionului, întrebându-mă după fiecare zgomot dacă asta însemna că avionul era stricat.

— Nu, nu înseamnă asta, a spus soția mea.

— Dar de unde *știi*?

— Maren, te-am pune noi vreodată într-un loc periculos?

Încă un zgomot al motorului: *Zdrang!*

— Dar ce-a fost zgomotul *ăla*? întreabă Maren cu lacrimi în ochi. *Asta* înseamnă că avionul e stricat?

Of. Aşchia a sărit mult prea aproape de trunchi.[i]

Şi mai de mirare este că [melancolia] nu îl afectează pe tată, ci trece la fiu, „sau sare peste o generaţie şi uneori peste două, şi nu provoacă întotdeauna aceeaşi boală, ci una asemănătoare şi cu sens simbolic".

— Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

Pacientul se prezintă ca perfecţionist, cu ambiţia de a reuşi, însă nu într-o manieră egocentrică, şi este sensibil la eşecurile minore. Nu se ştie dacă această explicaţie psihodinamică este cauza depresiei. Anxietatea pare a constitui un aspect mai semnificativ.

— Din raportul medical din 1948 al lui Chester Hanford

Oricât ar fi de descurajant să văd cum anxietatea copiilor mei se dezvoltă într-un mod asemănător cu al meu, la fel este să descopăr similitudinile dintre nevrozele străbunicului meu şi ale mele. Dacă există o astfel de asemănare comportamentală între mine şi mama şi între mine şi copiii mei, atunci nu s-ar putea ca genotipul anxios să se întindă încă de la străbunicul meu până la copiii mei – cinci generaţii (cel puţin) de neajunsuri ereditare?

[i]) Ar trebui să spun aici că poate deoarece copiii mei au făcut amândoi foarte devreme psihoterapie pentru anxietatea lor – ca să-i ajute să controleze ceea ce noi numim „creierul îngrijorat" – amândoi par mai puţin anxioşi decât erau în urmă cu câţiva ani. Maren are încă emetofobie, dar a dezvoltat tehnici de gestionare a fricii şi este mai puţin anxioasă – şi de fapt are un nivel destul de înalt de încredere în sine – în majoritatea domeniilor vieţii ei. Nathaniel vede în continuare tot felul de catastrofe într-un mod foarte imaginativ, dar anxietatea lui de separare este mai puţin severă. Din punct de vedere temperamental, vor rămâne probabil predispuşi toată viaţa la anxietate – dar sper că vor putea să-şi gestioneze frica şi chiar să o folosească în moduri productive, astfel încât să reuşească în pofida acesteia.

Chester Hanford a murit în vara în care eu am împlinit șase ani. Îmi amintesc că era o prezență blândă, prietenoasă, în același timp distins și decrepit în scaunul cu rotile din sufrageria bunicilor mei din zona de suburbie a statului New Jersey, sau în camera lui de la azilul din apropiere, purtând sacou, cravată închisă la culoare și pantaloni gri de flanelă. După ce a murit în 1975 a continuat să fie prezent în casa noastră, privind din fotografii cu ochi înțelepți și triști și trăind prin scrisoarea pe care o primise de la președintele Kennedy, agățată pe peretele sufrageriei, lângă o fotografie cu ei doi și Jacqueline Kennedy în campanie.

În copilărie nu am știut decât despre realizările lui Chester: a fost decan la Harvard o perioadă lungă și încununată de succes; a publicat cercetări respectabile despre administrația locală; a fost asociat cu JFK câteva decenii, de când Kennedy era la facultate până în perioada sa de la Casa Albă. Abia când m-am făcut mai mare am început să întrevăd părțile mai întunecate: suferea de anxietate și depresie; trecuse prin mai multe serii de terapie cu electroșocuri; fusese internat perioade îndelungate de multe ori de la sfârșitul anilor '40 până la mijlocul anilor '60 și, drept urmare, fusese obligat să se retragă devreme (din funcția de decan) și apoi să iasă la pensie (și să plece de la Harvard); iar o parte din ultimii săi zeci de ani a petrecut-o gemând în poziția fetală în dormitorul din casa lui din partea de vest a statului Massachusetts.

Care era cauza afecțiunilor lui Chester? Era în principal ceea ce am numi astăzi o tulburare anxioasă sau depresie clinică? Cât de asemănătoare sunt anxietățile noastre?

Conform rapoartelor psihiatrice de la mai multe spitale, fricile și anxietățile existențiale ale lui Chester semănau cu ale mele. Înseamnă asta că am în comun cu străbunicul meu o tulburare psihiatrică specifică – determinată fie de transmiterea anumitor gene, fie de cultura familială nevrotică instaurată de strămoșii noștri? Sau doar că, în răspăr cu Tolstoi, toți psihonevroticii sunt nefericiți în același fel?

Faptul de a citi despre străbunicul meu – mai ales după ce am aflat câte ceva despre genetica comportamentală – a declanșat în

mine un sentiment de neliniște profundă, dat fiind că atât de multe lucruri legate de el aduc cu ale mele. Neliniștea lui. Frica lui de a vorbi în public. Tendința lui de a amâna.[i] Spălatul lui compulsiv pe mâini.[ii] Fixația lui pe intestine.[iii] Autocritica lui neîncetată. Lipsa lui de respect de sine, în ciuda slujbei sale respectabile. Capacitatea lui de a proiecta o aparență de calm și voie bună în timp ce fierbea pe dinăuntru.[iv] Dependența în chestiuni afective și pragmatice de soția lui, mai extravertită și mai stabilă.[v]

Prima lui internare, la 56 de ani, pare să fi fost provocată de anxietatea față de o serie de cursuri pe care trebuia să le țină în fața studenților. „A citit mult toamna trecută", scria psihiatrul lui după ce Chester fusese internat la Spitalul McLean în 1948, „dar a început să se teamă că nu va putea organiza materialul sub formă de cursuri". Avea senzația că ceilalți profesori erau mai buni decât el și că nu era îndeajuns de erudit pentru a crea cursuri mulțumitoare. La sfârșitul primăverii anului 1947, Chester „a fost foarte supărat din cauza incapacității lui de a-și organiza munca și de a fi creativ. Anxietatea l-a copleșit. A devenit deprimat și uneori plângea".

Psihoterapeuții lui Chester au încercat să-l facă să-și amuțească supraeul. „Tendința autocritică a pacientului a fost atacată

---

i) Dintr-un raport de „impresii diagnostice" din 1948: „O persoană supraconștiincioasă și excesiv de critică față de sine, cu un nivel înalt de energie și cu rezultate concrete, dar cu tendința de a amâna".

ii) Dintr-un raport scris de psihiatrul său de la McLean când a fost internat în mai 1953: „S-a observat că are un ritual de spălat pe mâini din ce în ce mai elaborat. Acest aspect nu a fost încă abordat în ședințele de psihoterapie pentru că nu vreau să-i dau impresia că suntem excesiv de critici în privința activităților lui personale".

iii) Dintr-o notă din 1948 scrisă de mână de un medic: „Pacientul are de mulți ani un colon iritabil". Dintr-o altă notă scrisă câțiva ani mai târziu: „Pacientul își face griji în mod cronic în privința intestinelor".

iv) „Pacientul este foarte plăcut", nota o asistentă care îl observase pe Chester plimbându-se prin secția de psihiatrie în perioada celei de-a doua internări la McLean. „Dă impresia că nimic nu l-ar putea supăra."

v) „A fost de asemenea o povară destul de mare pentru soția lui." Asta e din observațiile unui psihiatru din timpul celei de-a treia internări la McLean.

ca factor al depresiei lui și se arată mai rigidă și mai puternică decât ar justifica talentele și virtuțile lui." (De-a lungul anilor și terapeuții mei au încercat să facă același lucru – doar că în general nu mai numesc asta supraeu, ci „critic intern" sau „sine critic"). În cazul străbunicului meu nu a funcționat. În ciuda numeroaselor dovezi ale eficienței sale ca erudit și administrator, nu a putut să-și stăpânească sentimentele de ineficiență și inferioritate. („Nu îi provoacă bucurie rememorarea serviciilor importante pe care le-a adus facultății într-un fel care să amelioreze sentimentele de inutilitate din prezent", scria psihiatrul său.) Dovezile obiective sugerează că era o figură care inspira un respect considerabil din partea studenților și profesorilor. Cu toate astea, în toamna anului 1947 ajunsese să se creadă un impostor care nu se putea ridica la înălțimea scrierii unor cursuri suficient de interesante și convingătoare pentru studenții lui.

Cum s-a întâmplat asta? Era un bărbat care se bucurase în mod evident de succes în viața profesională și de familie. Avea de zeci de ani titularizare la Harvard, scrisese un manual foarte folosit de științe politice și fusese mulți ani decanul facultății. Era însurat de 32 de ani. Se bucura de o viață socială activă ca persoană destul de însemnată din zona Cambridge și conducea adesea serviciile religioase de dimineață pentru studenți. Tată, bunic, profesor și decan la Harvard, un membru respectabil al comunității – avea toate semnele succesului, stabilității și fericirii. Și totuși se prăbușea pe dinăuntru.

Astăzi, bunicul meu spune că până când tatăl lui a avut prima cădere totală la sfârșitul anilor '40 nu a văzut niciodată vreo dovadă că tatăl lui era anxios sau deprimat. Totuși, conform rapoartelor medicale, Chester fusese întotdeauna „o persoană mai degrabă neliniștită", care avea obiceiul – după cum soția lui, Ruth, a observat prima oară când o curta – de a clipi des. (Cercetătorii din prezent folosesc uneori o măsurătoare pe care o numesc frecvență a clipirii pentru a evalua anxietatea fiziologică.) Ruth își amintea de asemenea anxietatea de care el suferise din pricina unor cursuri pe care trebuia să le țină ca tânăr seminarist, când le-a spus medicilor că de mai multe zile devenise „foarte temător

și insomniac". Căutând prin corespondența de demult am dat peste o scrisoare pe care Chester i-o scrisese lui Ruth pe vremea când era seminarist la Harvard, în timpul Primului Război Mondial, în care spunea că aproape avea speranța de a fi încorporat – fiindcă ar fi fost mai puțin chinuitor să se ferească de gloanțe pe front decât să trebuiască să țină cursuri pentru studenți.

Toate astea indică faptul că Chester avea o dispoziție neliniștită – ceea ce Jerome Kagan ar numi temperament inhibat comportamental –, care, aproape sigur, într-un anumit grad, era ereditară. Și tatăl lui, și mătușa din partea mamei erau predispuși la diverse forme de anxietate și depresie. Dar această dispoziție neliniștită, această inhibiție comportamentală nu a fost excesiv de debilitantă în primii 50 de ani ai vieții sale: oricât ar fi fost uneori de temător și susceptibil la îngrijorare și insomnie, a avansat constant, câștigând respect, pe o cale profesională demnă.

Așa că de ce, după mai bine de 50 de ani de gestionare a propriei îngrijorări și melancolii, s-a prăbușit în cele din urmă în iarna anului 1947, uimindu-se până și pe sine?[i] Potrivit modelului diateză–stres al bolilor mintale, tulburările clinice cum ar fi anxietatea sau depresia izbucnesc adesea când o susceptibilitate genetică la boala psihiatrică se combină cu factori stresanți care depășesc capacitatea individului de a face față. Unii oameni sunt binecuvântați cu genotipuri programate să îndurechiar și traume severe; alți oameni, ca străbunicul meu (și, probabil, ca mine), sunt mai puțin reziliențiîn mod natural și își pierd capacitatea de a face față când stresul de viață devine prea apăsător.

Străbunicul meu a putut să lucreze până la al Doilea Război Mondial. Dar pe măsură ce diverși colegi de-ai lui au fost trimiși pe front, volumul său de muncă a crescut. „Asta a fost un efort în plus", va spune mai târziu psihiatrul său, „și a ajuns destul de

---

[i]) „Dl Hanford a menționat că l-a vizitat o dată pe un student internat în secția [de neuropsihiatrie] de la Mass General și că îl impresionase destul de tare faptul că toate ușile erau încuiate", nota psihiatrul său. „A spus «Nu m-aș fi așteptat niciodată să mă găsesc în aceleași circumstanțe; întotdeauna am simțit că pot să am grijă de mine»."

nelinişti şi anxios în legătură cu capacitatea lui de a continua". Era obosit cronic. După ani întregi în care a fost gazdă a întrunirilor de salon din Cambridge, s-a trezit că era prea obosit ca să se mai ocupe cu asta sau măcar să socializeze; să aibă de-a face cu oameni era un efort prea mare. I-a sugerat lui James Conant, preşedintele Harvard, că s-ar putea retrage. (Pentru moment, Conant i-a cerut să rămână decan.)

În primăvara anului 1945 a murit un prieten apropiat. Fiind deja apăsat de griji şi la marginea prăpastiei, după aceea (conform soţiei lui) a ajuns permanent „zbuciumat" – la asta se adăuga faptul că pe lista oamenilor căzuţi pe front apăreau numele multor foşti studenţi de-ai lui. După ani întregi de predare, Chester a descoperit dintr-odată că nu-şi mai putea organiza cursurile. De câteva ori soţia lui a trebuit să scrie prelegerile pentru seminarul de anul I pe care îl ţinea el.

La insistenţele medicului de familie, Roger Lee, şi-a luat un concediu de o lună în vara anului 1946. „S-a simţit mai bine apoi", este înscris în raportul său, „şi a făcut faţă destul de bine în următorul an şcolar". Dar în primăvară a început iarăşi să-l supere incapacitatea de a-şi organiza munca; era neliniştit că prelegerile lui erau inferioare. Se îngrijora obsesiv şi în legătură cu o chestiune financiară nesemnificativă. S-a instalat depresia. Putea să-şi îndeplinească sarcinile de predare şi administrative în timpul zilei, dar noaptea ajungea să plângă de tensiune şi tristeţe. Dr. Lee l-a sfătuit să reducă volumul de muncă şi astfel, în toamna anului 1947, s-a retras din funcţia de decan şi s-a întors la postul cu normă întreagă din departamentul unde ţinea cursul de ştiinţe politice.

Din acel moment starea lui a început să se deterioreze rapid. Până la jumătatea lunii octombrie ajunsese „epuizat, agitat şi supărat din cauza cursurilor şi simţea că nu mai poate continua". Stătea treaz până la două dimineaţa revizuindu-şi cursurile şi apoi tot nu putea să doarmă pentru că era nemulţumit de ciorne, aşa că se trezea devreme şi o lua de la capăt. „A început să creadă că nu se mai pricepea să ţină cursuri", spune raportul de la Spitalul McLean. „A început să creadă că ceilalţi profesori erau mai

buni și că el nu se ridica la înălțimea propriilor așteptări." În săptămâna dinaintea primei internări, devenise „și mai temător" în privința cursurilor lui. Uneori „plângea amarnic" și începuse să vorbească despre sinucidere.

În secțiunea de „impresii diagnostice" din dosarul de internare al lui Chester directorul secției de psihiatrie raportează: „Pacientul dă impresia că a fost o persoană extrem de valoroasă în viața profesională, precum și foarte blândă și serviabilă în relațiile personale. O persoană hiperconștiincioasă și excesiv de critică față de sine, cu un nivel înalt de energie și rezultate concrete, dar cu tendința de a amâna lucrurile. Își face mereu griji și a mai fost deprimat și în trecut. Are astfel trăsături de caracter anxioase și obsesionale. Trecerea de la sarcinile administrative la cele de predare a determinat reducerea activităților satisfăcătoare și a contactelor personale și a dus la amplificarea gândirii contemplative, conștiente de sine și autocritice. S-au intensificat atitudinile dependente și de disperare. Poate primi diagnosticul de *psihonevroză, depresie reactivă.* Prognosticul pare destul de bun în privința ameliorării simptomelor din prezent, dar viitorul acestor ajustări este îndoielnic".

Dacă afecțiunile psihonevrotice și genotipul lui Chester Hanford – și, într-un grad mai mic, circumstanțele sale de viață – sunt asemănătoare cu ale mele, înseamnă oare că mă așteaptă aceeași soartă?(„Viitorul acestor ajustări este îndoielnic.") Mă condamnă ereditatea la o spirală descendentă asemănătoare dacă sunt supus la prea mult stres? Ce s-ar fi ales de mine până acum dacă nu aș fi recurs, în diferite perioade, la antipsihotice, antidepresive triciclice și SSRI și benzodiazepine la care mi-a fost ușor să apelez, dar care nu se găseau pe vremea străbunicului meu, a cărui boală a precedat înflorirea psihofarmacologiei moderne? Dacă străbunicul meu ar fi avut acces, să spunem, la Xanax sau Celexa ar fi evitat rundele de terapie cu electroșocuri și terapie-șoc cu insulină, ca să nu mai vorbim de lunile pe care le-a petrecut ghemuit în pat în poziție fetală?

Desigur, nu putem ști. Oricâte gene am avea în comun, eu și Chester suntem oameni diferiți care trăiesc în perioade diferite

în condiții culturale diferite și care au experiențe diferite și stresuri diferite. Poate Celexa nu ar fi funcționat pentru Chester Hanford. (După cum am văzut, dovezile clinice în privința SSRI-urilor sunt amestecate.) Și cine știe, poate m-aș fi descurcat fără Thorazine și imipramină și Valium și desipramină și Prozac și Zoloft și Paxil și Xanax și Celexa și Inderal și Klonopin.

Dar nu prea cred. Ceea ce face ca asemănările noastre să fie atât de deconcertante – și mă face să mă întreb dacă diferența dintre A Te Descurca (cum fac eu acum și cum Chester Hanford a făcut sub povara anxietății atât de mulți ani înainte de a se prăbuși în cele din urmă) și Nereușită constă în niște substanțe chimice ingerate care într-un mod misterios și imperfect interacționează cu genotipul meu și mă țin suspendat într-un echilibru fragil deasupra abisului.

Prima internare a străbunicului meu la Spitalul McLean a fost relativ edenică în comparație cu următoarele. Timp de șapte săptămâni a avut ședințe zilnice de psihoterapie, a înotat, a jucat badminton și cărți, a citit cărți și a ascultat radioul. De asemenea, a luat diverse medicamente reprezentative pentru farmacoterapia epocii.[i]

În ședințele zilnice de psihoterapie ale lui Chester, psihiatrul său a încercat să-i amplifice stima de sine și să-i reducă anxietatea, făcându-l mai puțin rigid în gândire. Treptat, fie că a fost vorba de terapia prin vorbire, de badminton, de medicamente, de pauza de la muncă sau de trecerea timpului, anxietatea i s-a disipat. (Nu

[i]) A luat metiltestosteron, un steroid anabolizant administrat prin injecție, considerat la mijlocul secolului trecut un tratament standard pentru depresie la bărbați; Oreton, un testosteron sintetic care astăzi pare să fie prescris doar băieților la care pubertatea întârzie; hidrat de cloral derivat de cloroetan de modă veche, din secolul al XIX-lea, care a continuat să fie popular ca sedativ și somnifer până la apariția benzodiazepinelor; și Donatal, o combinație puternică de fenobarbital (barbituricul din Luminal) și hiosciamină și atropină (ambele derivate din plante din familia otrăvitoare a solanaceelor), prescris pentru agitație intestinală și nervi.

știu dacă e relevant, dar psihiatrul lui a pus efectul benefic pe seama injecțiilor cu testosteron și exercițiilor fizice regulate.) A fost externat la 12 aprilie, mai puțin deprimat și fără tendințe sinucigașe. Dar în foaia de externare psihiatrul lui a scris prevestitor că, deși simptomele anxietății s-au redus pentru moment, este probabil ca temperamentul său predispus la îngrijorare să-i dea din nou de furcă.

Un an mai târziu s-a întors și a fost internat iar la 28 martie 1949, simțindu-se, după cum observa directorul spitalului, „tensionat, anxios, deprimat și depreciativ față de sine" și suferind de „insomnie și de incapacitatea de se concentra asupra muncii". În ziua anterioară internării la McLean îi spusese lui Roger Lee, medicul de familie, că voia să se omoare, dar „nu avea curaj să se sinucidă". Dr. Lee l-a sfătuit să se interneze din nou.

De data asta, Chester s-a adaptat mai rapid la spitalul de psihiatrie, și după zece zile părea deja mai relaxat în ochii personalului. Dar continua să vorbească despre aceleași probleme de data trecută – anxietatea, tensiunea și dificultățile concrete pe care le întâmpina în scrierea cursurilor și sentimentul general de inferioritate față de ceilalți profesori.[i]

Medicii au reușit să-l asigure „în privința valorii lui considerabile ca membru al comunității colegiului" și în câteva săptămâni a ajuns „semnificativ mai sociabil și mai relaxat". Psihiatrii lui credeau că această combinație de „eliberare de responsabilitățile muncii" și sprijinul adus de injecțiile cu testosteron i-au permis să-și recâștige relativ repede încrederea în sine, așa că a putut să plece acasă după o lună.[ii]

---

[i]) După cum scrie psihiatrul lui, „Discutând cu el, am subliniat valoarea individuală de care a dat dovadă în munca lui la facultate. I-am arătat că ar trebui să fie mai mulțumit de realizările lui executive și de predare. A fost astfel posibil ca atitudinea lui autocritică să se amelioreze întru câtva".

[ii]) La 29 aprilie 1949, Chester s-a întors în grija soției sale și a medicului de familie, dr. Lee, în dosarul lui găsindu-se observația că „Persistă unele semne de tensiune și depresie, dar externarea a fost posibilă întrucât starea lui s-a ameliorat".

Starea străbunicului meu s-a îmbunătăţit întru câtva măcar o perioadă. S-a reîntors la facultate şi şi-a reluat responsabilităţile de predare şi munca de cercetare. Câţiva ani, se pare, s-a simţit bine şi a lucrat productiv şi eficient.

Apoi s-a prăbuşit.

La o întrunire a profesorilor de la 22 ianuarie 1953, colegii lui au observat că părea „foarte tensionat", „deprimat" şi „tulburat". În acea primăvară depresia lui a ajuns severă şi anxietatea s-a amplificat; nu putea să lucreze. Cel mai îngrijorător, potrivit soţiei lui, era că îşi petrecea zilele mergând prin casă „urlând" „O, Doamne, înalţă-mi sufletul", gemea el din rărunchi. „Astăzi este sfârşitul tuturor lucrurilor, ăsta e sfârşitul tuturor lucrurilor. Nu ar fi trebuit să renunţ la mine." Cu o senzaţie „foarte intensă că îşi pierdea autocontrolul", a solicitat o consultaţie de urgenţă cu dr. Lee, care i-a recomandat să se întoarcă la spital. La 5 mai 1953 a fost internat la McLean pentru a treia oară în cinci ani.

În timpul primei evaluări a fost teribil de anxios şi sentimentul lui de ruşine că e anxios şi deprimat era palpabil.[i] Până acum dezvoltase simptome a ceea ce am numi astăzi tulburare obsesiv-compulsivă: se spăla constant pe mâini şi se bărbierea şi îşi schimba cămaşa de mai multe ori pe zi.

Dat fiind că injecţiile cu testosteron păreau să-i fi ameliorat depresia în primele reprize la McLean, medicii au reluat tratamentul cu doze mari. Totuşi, de data asta „starea de bine antrenată de testosteron" nu a putut să-i învingă simptomele. Psihiatrii au considerat că terapia prin vorbire şi medicamentele nu erau de ajuns pentru a-i ameliora dispoziţia.

Aşa că la 19 mai, după ce şi-a dat consimţământul, Chester Hanford a trecut prin prima rundă de terapie cu electroşocuri cu

[i]) „Colegii lui i-au oferit sprijin recent pe parcursul bolii în ultimii cinci ani şi el nu a trebuit să îndeplinească toate responsabilităţile care i-ar fi revenit altfel, iar el ştie asta", a observat un psihiatru. „A reprezentat de asemenea o povară destul de mare pentru soţia lui, care a trebuit să pregătească unele cursuri în locul lui."

Kenneth Tillotson.[i] În cadrul fiecărei şedinţe Chester era sedat şi legat strâns de pat. Infirmierii îi ataşau electrozi pe diferite zone ale corpului şi îi puneau un căluş care îl împiedica să-şi muşte limba. După care se apăsa o manetă şi câteva sute de volţi îi treceau prin corpul care se zbătea în spasme pe pat.

După fiecare şedinţă se simţea puţin confuz şi avea o uşoară durere de cap – ambele simptome obişnuite ale terapiei cu electroşocuri. Dar la o zi după prima şedinţă le-a spus medicilor că se simţea considerabil mai bine. Câteva zile mai târziu a avut a doua rundă de tratament. După aceea, asistentele din secţia lui au observat că părea „mai relaxat, mai plăcut şi mai extrovertit". Nu se mai gândea la problemele lui. Părea semnificativ mai puţin anxios. O săptămână mai târziu, după a treia rundă de electroşocuri, transformarea era profundă: „părea să fie bine", dormea şi mânca şi „râdea mult". Asistentele au spus despre el că era „mult mai puţin temător decât când venise", că nu mai „alerga întruna să le întrebe pe asistente dacă poate să facă asta sau aia". A început să petreacă mult timp în sala de gimnastică alături de alţi pacienţi, jucând badminton sau bowling – activităţi despre care le spusese anterior psihiatrilor că erau sub demnitatea unui profesor de 62 de ani de la Harvard. Terapia cu electroşocuri, se pare, i-a înapoiat (sau i-a injectat) sentimentul distracţiei.

După a patra rundă de tratament, la 2 iunie, a spus că se simte „relaxat" şi că doreşte să revină la muncă. Soţia lui, care îl vizita frecvent, nu-şi credea ochilor: soţul ei părea să fie, după cum le-a spus psihiatrilor, „aşa cum era cu mulţi ani în urmă". Chester însuşi a spus personalului că se simţea „în mai mare măsură el însuşi". Pentru mine asta aduce tulburător cu ceea ce relatează Peter Kramer în *Listening to Prozac*: pacienţii puşi pe Prozac în anii '90 i-au spus că medicamentul îi făcea să se simtă „în mai mare măsură ei înşişi".

Avem în continuare o înţelegere foarte redusă a modului în care funcţionează terapia cu electroşocuri. Metaforic, electroşocurile

[i]) În aceeaşi perioadă, dr. Tillotson a administrat tratament cu electroşocuri şi poetei Sylvia Plath, care va descrie această experienţă în romanul *Clopotul de sticlă*.

par să funcţioneze ca funcţia Ctrl+Alt+Delete a computerului; resetează şi restaurează sistemul neuronal de operare. Statisticile rezultatelor sunt grăitoare. Deşi terapia cu electroşocuri nu a mai fost la modă în anii '70 şi '80 – parţial pentru că portretizarea de către Jack Nicholson a unui astfel de pacient în versiunea cinematografică a romanului lui Ken Kesey *Zbor deasupra unui cuib de cuci* i-a convins pe oameni că această tehnică e barbară –, studiile moderne arată că ratele de recuperare în urma depresiei severe pot fi mai mari prin terapia cu electroşocuri decât prin orice alt tip de terapie prin vorbire sau cu medicamente. Experienţa străbunicului meu, cel puţin pe termen scurt, pare să confirme asta.

Poate oare exista o dovadă mai elocventă a faptului că anxietatea şi depresia sunt ireductibil „încorporate" sau „materiale" în modul observat de la Aristotel încoace? La a treia vizită a lui Chester Hanford la spitalul de psihiatrie, medicii par să fi renunţat în mare la terapia prin vorbire sau la psihanaliză pentru a-i vindeca depresia şi anxietatea; personalitatea şi caracterul său păreau prea „fixe" pentru a fi „ajustate". Dar, pe de altă parte, curentarea creierului lui cu câteva sute de volţi – reconfigurând conexiunile – pare să fie reuşit asta. După patru tratamente cu electroşocuri, directorul spitalului a scris că Chester „prezintă o ameliorare enormă".

La 9 iunie 1953, după aproape o lună de la internare, un Chester voios a fost externat şi adus în grija soţiei lui. Au plecat imediat în vacanţă la Maine, unde, pentru prima oară după mulţi ani, anticipa cu bucurie apropierea noului semestru din toamnă şi a unei noi recolte de studenţi cărora să le predea.

Mi-aş fi dorit ca povestea lui Chester Hanford să se fi sfârşit pe această notă veselă. Dar anxietatea lui a revenit în timp şi a fost obligat să iasă la pensie. Pe parcursul anilor '50 şi '60 a fost regulat la McLean – şi, mai târziu, la Spitalul New England Deaconess din centrul Bostonului – pentru tratament cu electroşocuri. La un moment dat un cocktail prea puternic de medicamente aproape l-a omorât. O vreme de la sfârşitul anilor '50, anxietăţile şi compulsiile lui s-au înrăutăţit atât de tare, încât medicii lui au luat în

considerare leucotomia prefrontală – lobotomie parțială. (În cele din urmă a fost cruțat.)

Restul vieții s-a cam târât. A avut perioade în care era bine – urmate de perioade în care nu era bine. Chiar și când nu era bine putea să se adune de dragul aparențelor. Mama își amintește de o zi de vară de la mijlocul anilor '60 în care era planificată o petrecere la casa Hanford din vestul statului Massachusetts. Membri ai familiei și prieteni din tot New England trebuiau să se adune în acea seară. În ziua petrecerii, din dormitorul lui Chester s-au auzit gemete tulburătoare; mamei i se făcea pielea de găină când se gândea cum o să fie când o să apară el la petrecere – și asta dacă putea să vină. Totuși, când s-a înserat și a început petrecerea, el a coborât și a fost o gazdă plină de grație și chiar sociabilă. Și apoi, a doua zi, s-a întors iarăși în camera lui la poziția fetală și la gemete.

Părinții mei își amintesc că Chester părea mai puțin anxios și agitat în anii petrecuți la azilul de bătrâni – tata bănuiește că asta se explică prin dozele generoase de Valium care se administrau acolo. Se poate ca în cele din urmă benzodiazepinele să fi reușit să-i tranchilizeze anxietatea. Sau poate că eliberarea de stresul muncii i-a permis să se relaxeze.

Scufundându-mă atât de adânc în psihopatologiile străbunicului meu, identificându-mă destul de puternic cu acestea, e normal – dat fiind că sunt atât de ipohondru și predispus să-mi fac griji – că am ajuns să fiu preocupat de posibilitatea ca defectele ereditare să mă reducă și pe mine la un veșnic plâns și tremurat în camera mea.

Când i-am spus asta dr. W. a zis:

— După cum știi, nu pun mare preț pe determinismul genetic.

Am citat câteva studii recente care sugerează o componentă genetică importantă în tulburările de anxietate și depresie.

— Bine, dar ești la trei generații distanță de străbunicul tău, a spus el. Ai doar o părticică din genele lui.

Destul de corect. Și, în orice caz, genele și mediul interacționează în moduri complexe. „O reacție moștenită [genetic] la pericolul potențial poate fi un beneficiu sau un dezavantaj", spune

Daniel Weinberger, coordonatorul unuia dintre primele studii pe gena *SERT*. „Ne poate aduce riscul unei tulburări anxioase sau, într-o altă situație, ne poate oferi un atribut adaptativ, pozitiv, cum ar fi un nivel mai înalt de vigilență. Trebuie să nu uităm că anxietatea este o caracteristică multidimensională complicată a experienței umane și că nu poate fi în nici un fel determinată de o singură genă."

Eu și dr. W. vorbim despre modul în care conferințele științifice despre anxietate au pus un accent din ce în ce mai mare pe modalitatea în care trăsăturile psihologice de reziliență și acceptare pot constitui un scut primordial împotriva anxietății și depresiei; multe dintre ultimele cercetări și metode de tratament se concentrează în special pe importanța cultivării rezilienței.

— Da! spune dr. W. Trebuie să te facem mai rezilient.

Când îi spun ce am aflat despre gena transportorului serotoninei și despre modul în care oamenii cu anumite genotipuri prezintă o probabilitate mult mai mare de a avea o viață anxioasă, nefericită și nerezilientă, dr. W. îmi reamintește cât de tare îi displace accentul pus în prezent pe genetica și neurobiologia bolii mintale, pentru că susțin ideea că mintea este o structură fixă și imuabilă, când de fapt se poate schimba de-a lungul vieții.

— Știu, spun eu.

Am citit despre descoperirile recente în privința neuroplasticității – despre modul în care creierul uman poate continua să formeze la bătrânețe noi conexiuni neuronale. Îi spun că înțeleg importanța rezilienței pentru lupta împotriva anxietății. Dar cum, întreb eu, pot să ajung la această calitate?

— Deja ești mai rezilient decât crezi, spune el.

CAPITOLUL 10
Epocile anxietății

Studiul filozofic al ramurilor sociologiei, politicii, organizațiilor caritabile, istoriei, educației nu va ajunge niciodată la precizie și deplinătate științifică până când nu va fi absorbit, măcar într-o oarecare măsură, ideea acestei probleme a neliniștii americane.

— George Miller Beard, *American Nervousness* (*Neliniștea americană*) (1881)

În aprilie 1869, un tânăr medic din New York pe nume George Miller Beard, care publica în revista *Boston Medical and Surgical Journal*, a introdus un termen pentru a desemna ceva ce credea a fi o afecțiune nouă și specific americană pe care o văzuse la 30 dintre pacienții săi: „neurastenie" (de la *neuro* pentru „nervi" și *asthenia* pentru „slăbiciune"). Referindu-se uneori la aceasta ca „epuizare nervoasă", Beard a susținut că neurastenia afecta în special membrii ambițioși, în ascensiune socială ai claselor urbane de mijloc și superioare – mai ales „intelectualii din aproape toate familiile din statele din nord și est"[1] – al căror sistem nervos era împovărat de modernizarea rapidă a civilizației americane. Beard credea că el însuși suferise de neurastenie când avea 20 și ceva de ani, dar își revenise.

Născut într-un sătuc din Connecticut în 1839, Beard era fiul unui pastor congregaționalist și nepotul unui medic. După cursurile de la școala pregătitoare de la Academia Phillips din Andover, Massachusetts, s-a dus la Yale, unde a început să sufere de simptomele nervoase care îl vor apăsa în următorii șase ani și pe care le va observa mai târziu la pacienții săi: țiuit în urechi, dureri de coaste, dispepsie, neliniște, frici morbide și „absență a vitalității". Conform propriei relatări, suferința anxioasă a lui Beard a fost

declanșată în principal de nesiguranța lui în privința carierei pe care să o aleagă – deși există și dovezi că era angoasat de lipsa angajamentului religios. (Doi dintre frații mai mari ai lui Beard își urmaseră tatăl și ajunseseră pastori; în jurnalul său își aduce reproșuri pentru indiferența în chestiuni religioase.) Totuși, odată ce s-a hotărât să se facă medic, îndoielile l-au părăsit și anxietatea i s-a risipit. A intrat la Facultatea de Medicină de la Yale în 1862, hotărât să-i ajute pe alții bântuiți de suferința anxioasă care înainte vreme îl afectase pe el.

Influențat de scrierile recente ale lui Darwin despre selecția naturală, Beard a ajuns să creadă că evoluția culturală și tehnologică depășise evoluția biologică, aducând un stres enorm asupra animalului uman – în special asupra celor din domeniul afacerilor și profesiunilor specializate, cei mai impulsionați de competiția pentru statut și de noile presiuni ale capitalismului. Chiar dacă dezvoltarea tehnologică și creșterea economică ameliorau bunăstarea materială, presiunile competiției pieței – alături de incertitudinea care se înstăpânea pe măsură ce realitățile familiare se prăbușeau sub asaltul modernității și industrializării – provocau un stres afectiv considerabil care consuma rezerva de „forță nervoasă" a muncitorilor americani și care ducea la anxietate acută și cădere nervoasă. „În țările mai vechi, bărbații calcă pe urmele taților, generație după generație, fără mari posibilități – și astfel fără mari intenții – de a ajunge într-o clasă socială superioară"[2], scria în 1893 în revista *New York Medical Journal* colegul lui Beard, A.D. Rockwell. „Aici, dimpotrivă, nimeni nu se mulțumește cu posibilitatea veșnică de a urca, și cursa vieții este grabnică și fără de odihnă. Se vede astfel cu ușurință că principala cauză a neurasteniei în această țară este civilizația însăși, cu tot ce implică ea, cu trenul, telegraful, telefonul și presa care intensifică de zeci de mii de ori activitatea cerebrală și îngrijorarea."[i]

---

[i]) Anxietatea pare întreținută în spiritul american – așa cum Alexis de Tocqueville observa încă din anii 1830. „Dacă i-ai scăpa [pe oamenii care trăiesc în democrație] de grijile care îi muncesc, ar considera viața fără farmec, și se dovedesc a fi mai legați de grijile lor decât erau popoarele aristocratice

Beard credea că schimbarea permanentă, alături de goana neîncetată după realizări, bani și statut care caracterizează viața americană, provoca răspândita slăbiciune nervoasă.[i] Neliniștea americană este produsul civilizației americane"[3], scria el. SUA au inventat suferința nervoasă ca situație culturală: „Grecii erau cu siguranță civilizați, dar nu sufereau de nervi, și în limba greacă nu există nici un cuvânt pentru aceasta"[ii][4]. Culturile antice nu sufereau de nervi, spunea el, pentru că nu aveau motoare cu aburi, presă, telegraf, științe și activitatea mentală a femeilor: „Când civilizația, plus acești cinci factori, invadează o națiune, aduce cu ea suferința nervoasă și boala nervoasă"[6]. Beard susținea și că neurastenia afecta doar cele mai „avansate" rase – în special cele anglo-saxone – și credințe religioase; a observat că „nici o țară catolică nu este foarte afectată de tulburări nervoase". (Desigur, această afirmație este îndoielnică și Beard nu are nici o dovadă cu care să o susțină. Pe de altă parte, ratele anxietății în Mexicul din

---

de plăcerile lor", scria el în *Despre democrație în America* (vezi trad. rom. de Magdalena Boiangiu, Beatrice Staicu și Claudia Dumitriu, Humanitas, București, 2017, p. 715 – n. tr.).

[i]) Provocau și dependențe de medicamente. Așa cum afluența de după cel de-al Doilea Război Mondial va duce la hăpăirea frenetică de Miltown, Librium și Valium, presiunile competiției de la sfârșitul secolului al XIX-lea au provocat o creștere alarmantă a numărului de „opiomani". În *Confessions of an American Opium Eater: From Bondage to Freedom* (*Confesiunile unui opioman american: de la subjugare la libertate*) din 1895, Henry G. Cole susținea că „invențiile noastre mecanice, răspândirea comerțului nostru, [...] ambiția noastră de onoruri politice și goana după funcții aducătoare de profit; goana noastră nebună după îmbogățire rapidă, care implică incitări febrile [...] [și] creșterea atât de rapidă și în unele moduri atât de anormală, [s-au combinat și au dus la] încordarea mentală [care] a ajuns prea grea pentru a fi suportată de sistemul fizic; până când, în cele din urmă, corpul suprasolicitat și împovărat peste măsură trebuie [...] să-și găsească pacea în consumul repetat de opiu sau morfină".

[ii]) În altă parte, Beard scria că anxietatea este „modernă și își are originea în America; și nici o epocă, nici o țară și nici o formă de civilizație, nici Grecia, nici Roma, nici Spania, nici Olanda, în zilele lor de glorie, nu au avut asemenea maladii"[5].

prezent, o țară în principal catolică, sunt mult mai mici decât în SUA. Un studiu realizat în 2002 de Organizația Mondială a Sănătății a descoperit că americanii au o probabilitate de patru ori mai mare de a suferi de tulburare anxioasă generalizată decât mexicanii – și unele cercetări au descoperit că mexicanii își revin de două ori mai repede decât americanii în urma atacurilor de anxietate. Este interesant că atunci când mexicanii imigrează în SUA ratele lor de anxietate și depresie cresc enorm.)

Neurastenia era un diagnostic automăgulitor, din moment ce se considera că-i afectează în special pe capitaliștii cei mai competitivi și pe oamenii cu cea mai rafinată sensibilitate. Era o boală a elitelor; conform estimării lui Beard, 10% dintre pacienții lui erau medici și până în 1900 „suferința nervoasă" devenise o distincție – semn deopotrivă al clasei superioare și al rafinamentului cultural.[i]

---

[i]) Cu mai mulți ani înainte, elitele din perioada georgiană – perioada de la începutul anilor 1700 până la urcarea pe tron a reginei Victoria în 1837 – adoptaseră o „cultură a tulburărilor nervoase" asemănătoare, care reclama același tip de conotații de clasă automăgulitoare caracteristice neurasteniei americane: ideea că sistemul nervos al celor cu ascendență mai bună și cu sensibilități mai creative ar fi neobișnuit de susceptibil la ipohondrie și căderea nervoasă. Această cultură, asemenea Renașterii, avea tendința de a glorifica indivizii cu sistem nervos sensibil și de a oferi explicații medicale și psihologice pentru constituția lor delicată. Pe măsură ce anatomiștii au continuat să descifreze secretele sistemului nervos uman, oamenii de știință ai acestei epoci au descris rețeaua neuronală ca sistem de fibre, sfori, țevi și coarde, aventurându-se în explicații care atribuiau funcționarea sistemului nervos hidraulicii, electricității, mecanicii și așa mai departe. Concepția esențială a tuturor acestor explicații era prăbușirea nervoasă – ideea fiind că sistemul nervos ceda când era supraîncărcat, provocând simptome mentale și fizice și adesea o epuizare generală.[7] La începutul anilor 1730, defecțiunile sistemului nervos care duceau la cădere erau frecvent numite „indispoziții nervoase", ceea ce cuprindea totul, de la isterie și ipohondrie la „vapori" – plângeri mentale și fizice care în epoci mai recente ar fi numite psihonevrotice sau psihosomatice.

Într-o opoziție izbitoare cu idealurile inexpresivității ulterioarei epoci victoriene, elitele britanice din secolul al XVIII-lea se bălăceau și chiar își

În cărțile lui Beard sunt studii de caz și simptomatologii elaborate care sună izbitor de contemporan pentru urechea modernă. În *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion* (*Tratat practic despre epuizarea nervoasă*), publicat în 1880, scrie sute de pagini despre simptomele epuizării nervoase. „Încep cu capul și creierul", scrie el, „și apoi cobor"[8]. Lista include sensibilitatea scalpului, dilatarea pupilelor, dureri de cap, „*Muscoe Volitantes* (sau micile pete care plutesc în fața ochilor)", ameteală, țiuit în urechi, voce scăzută (care „lasă de dorit în ce privește claritatea și curajul tonului"), iritabilitate, amorțeală și durere în ceafă, indigestie, greață, vărsături, diaree, flatulență („cu bolboroseli neplăcute ale intestinelor de care acești pacienți se plâng foarte frecvent"),

---

cultivau dizabilitățile nervoase. Era comună „postura nervoasă" – prezentarea propriei persoane ca victimă a propriilor nervi. Din 1777 până în 1783, James Boswell, biograful lui Samuel Johnson, a scris în fiecare lună un eseu pentru revista *The London Magazine* cu pseudonimul Hypochondriack, iar în jurnalul lui înregistra minuțios fiecare modificare subtilă din nesfârșita litanie de simptome emoționale și fizice. Boswell era obsedat de sistemul lui digestiv. „De azi înainte urmez prescrierea dlui [John] Locke de a-mi deșerta intestinele zilnic în mod regulat după micul dejun", scria el în jurnal la începutul lunii octombrie a anului 1764. „Este benefic pentru sănătate și este foarte necesar pentru îngrijirea sănătății tale." (Da, acel John Locke – cel care a scris cele *Două tratate despre cârmuire* și tatăl liberalismului constituțional. Majoritatea oamenilor apelează la Locke pentru cugetări despre filozofia politică; Boswell a apelat pentru sfaturi în privința igienei digestive. Dacă sunteți curioși în ceea ce privește recomandările lui Locke, ei bine, și eu am fost – așa că am căutat asta și uite ce am găsit în secțiunea 24 din *Some Thoughts Concerning Education* (*Cugetări despre educație*): „Dacă un om, după prima masă, cea de dimineață, se va ocupa de cele trupești și se va forța întru golirea intestinelor, va putea, în timp, prin repetiție, să ajungă la un obicei".

Tulburările nervoase de diferite tipuri erau considerate în acea perioadă a fi atât de răspândite, încât, în ciuda diverselor explicații fiziologice care li se dădeau, erau socotite în aceeași măsură condiție culturală și afecțiune medicală. Un proeminent medic britanic afirma că o treime din populație era „distrusă sau doborâtă de boli"[9]. (În această epocă, bolile nervoase nu erau populare doar în Marea Britanie. În 1758, Joseph Raulin, medicul lui Ludovic XV al Franței, scria că „vaporii" ajunseseră „o veritabilă plagă socială, o boală endemică în orașele [continentului]"[10]).

înroşiri frecvente („am văzut bărbaţi foarte puternici, viguroşi, cu mare putere a muşchilor şi cu o mare capacitate de muncă fizică, care, ajunşi într-o stare de neurastenie, se înroşeau ca domnişoarele"), insomnie, sensibilitate a dinţilor şi gingiilor, alcoolism şi dependenţă de droguri, uscăciune anormală a pielii, transpiraţie a mâinilor şi picioarelor („Un tânăr aflat sub îngrijirea mea este atât de tulburat [de transpiraţie], încât ameninţă că se sinucide dacă nu este vindecat permanent"), salivare excesivă (sau, invers, uscăciune a gurii), dureri de spate, „senzaţie de greutate în şale şi membre", palpitaţii, spasme musculare, disfagie (dificultăţi de înghiţire), crampe, tendinţa de a avea alergie la polen, sensibilitate la schimbările vremii, „epuizare profundă", tendinţa de a se gâdila cu uşurinţă, mâncărimi, bufeuri, frisoane, mâini şi picioare reci, paralizie temporară şi tendinţa de a sta cu gura căscată sau de a căsca. Pe de o parte, această panoplie de simptome este atât de vastă, încât nu mai are semnificaţie; toate astea sunt, mai mult sau mai puţin, simptome ale faptului de a fi în viaţă. Pe de altă parte, această litanie rezonează cu cea a nevroticului din secolul XXI – de fapt, sună foarte asemănător cu catalogul meu săptămânal de plângeri ipohondrice.

Neurastenia cuprinde şi ceea ce am numi astăzi fobie. Studiile de caz ale lui Beard variază de la fobia de fulger („Una dintre pacientele mele îmi spune că se uită tot timpul la nori în timpul verii, temându-se că s-ar putea să vină o furtună. Ştie că este absurd şi ridicol, dar declară că nu se poate abţine. În acest caz, simptomul a fost moştenit de la bunică; şi chiar şi în leagăn, după cum o informează mama ei, suferea în acelaşi mod"[11]) la agorafobie („Unul dintre cazurile mele, un domn de vârstă mijlocie, putea să se plimbe pe Broadway cu uşurinţă, pentru că, spunea el, prăvăliile şi magazinele erau locuri unde s-ar putea retrage în caz de pericol. Nu ar fi putut totuşi să meargă pe Fifth Avenue, unde nu sunt magazine, şi nici pe străduţe laterale, decât dacă erau foarte scurte. Nu putea să meargă la ţară nicăieri, aşa că în timpul caniculei rămânea închis fără speranţă în oraş. O dată, mergând cu trăsura pe Broadway, când să întoarcă spre Madison Square, a ţipat

îngrozit, spre uluiala pasagerilor. Omul care avea acest simptom interesant era înalt, viguros, cu o față rotundă și cu capacitatea mentală de a îndura"[12]), claustrofobie (frica de spații închise), monofobie (frica de a fi singur; „Un bărbat se temea atât de tare să iasă din casă încât i-a plătit unui om 20.000$ să-l însoțească permanent"[13]), misofobie (frica de contaminare și compulsia de a se spăla pe mâini de 200 de ori pe zi) și panfobie (frică de tot). Unul dintre pacienții lui Beard avea o frică morbidă de oamenii beți.

Până la sfârșitul secolului, limbajul și imageria neurasteniei au pătruns adânc în cultura americană.[14] Dacă nu sufereai tu de asta, sigur cunoșteai un neurastenic. Se vorbea despre asta în discursurile politice și în slujbele religioase; erau reclame care ofereau remedii. Revistele și ziarele publicau articole despre neurastenie. Theodore Dreiser și Henry James și-au populat romanele cu personaje neurastenice. Limbajul suferinței neurastenice („depresie", „panică") s-a strecurat în discursul economic. Se părea că tulburările nervoase deveniseră starea psihologică și situația culturală standard a modernității. Perturbate de transformările aduse de Revoluția Industrială și sfâșiate de inegalitatea economică a Epocii de Aur, Statele Unite aveau cel mai mare nivel de anxietate din întreaga istorie a omenirii.

Sau cel puțin asta susținea Beard. Dar chiar așa stăteau lucrurile?

Conform celor mai recente cifre ale Institutului Național de Sănătate Mintală, aproximativ 40 de milioane de americani, adică 18% din populație, suferă în prezent de o tulburare de anxietate clinică. Noile ediții ale *Stress in America*, raport publicat în fiecare an de Asociația Americană de Psihologie, au descoperit o „națiune excesiv de stresată"[15], în care majoritatea americanilor se autodescriu ca având un nivel „moderat" sau „înalt" de stres, procente semnificative dintre aceștia raportând simptome fizice determinate de stres, cum ar fi oboseală, dureri de cap, tulburări intestinale, tensiune musculară și scrâșnirea dinților. Între 2002 și 2006, numărul de americani care au solicitat tratament medical pentru anxietate a crescut de la 13,4 milioane la 16,2 milioane.[16] Este mai mare numărul de americani care solicită tratament pentru anxietate decât pentru dureri de spate sau pentru migrene.[17]

Sondaje realizate de Asociația Americană pentru Anxietate și Depresie au descoperit că aproape jumătate dintre americani raportează „anxietate persistentă sau excesivă" în viața de zi cu zi. (Alte anchete au descoperit că trei din patru americani sunt de părere că slujbele sunt mai stresante în prezent decât erau în trecut.) Un studiu[18] publicat în revista *American Psychologist* a descoperit că numărul persoanelor care au spus că aproape au avut o cădere nervoasă a fost cu 40% mai mare în 1996 decât în 1957. Numărul de persoane care au raportat că au resimțit simptome ale atacului de panică a fost de două ori mai mare în 1995 decât în 1980.[i19] Conform unui sondaj efectuat la nivel național asupra studenților de anul I, nivelul de anxietate al studenților este mai mare în prezent decât în orice altă perioadă din intervalul de 25 de ani în care a fost făcut studiul. Când Jean Twenge, profesoară de psihologie la Universitatea de Stat San Diego, a analizat informațiile din studii realizate asupra a 50.000 de copii și studenți între anii '50 și '90, a descoperit că, în medie, un student din anii '90 era mai anxios decât 85% dintre studenții din anii '50 și că „elevii «normali» din anii '80 raportau niveluri mai mari de anxietate decât pacienții de la psihiatrie–pediatrie din ani '50"[20]. (Robert Leahy, psiholog la Colegiul Medical Weill Cornell, a caracterizat asta într-un mod colorat în revista *Psychology Today*: „Liceanul obișnuit din prezent are același nivel de anxietate ca pacientul mediu la psihiatrie din anii '50"[21]) . Oamenii din generația *baby boom* sunt mai anxioși decât părinții lor; Generația X este mai anxioasă decât cei din *baby boom*; milenialii se dovedesc mai anxioși decât Generația X.[a]

Ratele anxietății par să crească în toată lumea. Un sondaj efectuat de Organizația Mondială a Sănătății în 18 țări a ajuns la concluzia că tulburările de anxietate constituie în prezent cea mai

[i]) Ceea ce nu e surprinzător, dat fiind că atacul de panică încă nu exista oficial înainte de publicarea *DSM-III* în 1980.

[a]) Generația *baby boom* este constituită din oamenii născuți după încheierea celui de-al Doilea Război Mondial; copiii acestora sunt Generația X, iar milenialii sunt cei născuți în jurul anului 2000 (n. tr.).

comună afecțiune psihică de pe planetă, depășind din nou depresia.[22] Datele statistice de la Institutul Național de Sănătate arată că spitalele britanice au tratat în 2011 de patru ori mai mulți oameni decât în 2007 pentru tulburări de anxietate și că au oferit un număr record de rețete de tranchilizante.[23] Un raport publicat în 2009 de Fundația Britanică pentru Sănătate Mintală a ajuns la concluzia că o „cultură a fricii"[24] – caracterizată de o economie nesigură și amenințări hiperbolice în discursul politic și mediatic – a determinat „niveluri record de anxietate" în Marea Britanie.

Date fiind „nivelurile record de anxietate" pe care se pare că le vedem în toată lumea, trăim azi cu siguranță în cea mai anxioasă epocă din toate timpurile – mai anxioasă chiar decât epoca neurastenică a lui George Beard.

Cum este posibil așa ceva? În ciuda tulburărilor economice și a recentei recesiuni globale, trăim într-o epocă de afluență materială fără precedent. Nivelurile de trai din Vestul industrializat sunt, în medie, mai mari decât oricând; în statele dezvoltate, speranța de viață este în general lungă și în continuă creștere. Este mult mai puțin probabil pentru noi să murim devreme, spre deosebire de strămoșii noștri, avem un risc mult mai scăzut de a fi supuși ororilor vărsatului de vânt, pegrei, poliomielitei, tuberculozei, rahitismului și haitelor de lupi, ca să nu mai vorbim de provocările vieții fără antibiotice, electricitate sau canalizare. Sub multe aspecte, viața este mai ușoară decât era în trecut. Nu ar trebui așadar să fim *mai puțin* anxioși?

Poate că într-un fel prețul – și, cu siguranță, sursa – progresului și prosperității materiale a fost creșterea contingentului de anxietate. Urbanizarea, industrializarea, dezvoltarea economiei de piață, creșterea nivelului de mobilitate geografică de clasă, extinderea valorilor și libertăților democrației – toate aceste tendințe, singure sau împreună, au contribuit în ultimele câteva sute de ani la ameliorarea semnificativă a calității materiale a vieții pentru milioane de oameni. Dar se poate ca fiecare să fi contribuit și la creșterea nivelului de anxietate.

Până la Renaștere nu prea exista vreun concept de progres social, politic, tehnologic sau de alt fel. Asta a făcut ca viața afectivă

medievală să aibă un fel de resemnare care se poate să fi fost adaptativă: sentimentul că lucrurile vor fi întotdeauna la fel era deprimant, dar și reconfortant – nu exista necesitatea de adaptare la schimbări tehnologice sau sociale; nu existau speranțe pentru o viață mai bună care să fi putut fi spulberate. Deși viața era dominată de frica – și așteptarea – eternei damnări (un preot franciscan din Germania a atribuit o probabilitate de 100.000 la 1 în favoarea damnării în cazul oricărui suflet[25]), mintea medievală nu era consumată, ca a noastră, de speranța avansării și de frica declinului.

Astăzi, mai ales în democrațiile Occidentului capitalist, probabil putem face mai multe alegeri decât oricând în istorie: suntem liberi să alegem unde să locuim, pe cine să curtăm și cu cine să ne căsătorim, în ce domeniu de muncă să ne integrăm, ce stil personal să adoptăm. „Principala problemă a americanilor este cea a alegerii"[26], scria în 1970 răposatul sociolog Philip Slater. „Americanii sunt obligați să facă mai multe alegeri pe zi, cu mai puține «date», cu criterii mai ambigue, cu o mai mică stabilitate a mediului și cu mai puțin sprijin social structural decât orice alt popor de-a lungul istoriei." Libertatea de alegere generează o mare anxietate. Barry Schwartz, psiholog la Colegiul Swarthmore, numește asta „paradoxul alegerii"[27] – ideea că, pe măsură ce crește libertatea de a alege, crește și anxietatea.

Poate că, într-un anumit sens, anxietatea este un obiect de lux – o emoție pe care ne permitem să o simțim numai când nu suntem preocupați de frica „reală". (Să ne amintim că William James a înaintat o versiune a acestui argument în anii 1880.) Poate tocmai pentru că europenii medievali aveau atât de multe lucruri de care *să le fie frică* (ciuma, invaziile musulmanilor, foametea, conflictele dinastice, conflictul militar neîncetat și moartea, întotdeauna moartea, prezentă în mod iminent – speranța medie de viață în Evul Mediu era de 35 de ani și unul din trei copii murea înainte de face cinci ani), nu prea mai aveau cum să fie *anxioși*, cel puțin în sensul în care Freud, de exemplu, definea anxietatea nevrotică – anxietatea generată din interior față de lucruri de care nu avem o cauză rațională să ne temem. Poate că în Evul Mediu nu prea exista anxietate nevrotică pentru că o astfel de anxietate

constituia un obiect de lux pe care nimeni nu şi-l putea permite într-o viaţă scurtă şi dificilă. În sprijinul acestui argument sunt sondaje care arată că oamenii din ţările în curs de dezvoltare au rate mai mici de anxietate clinică decât americanii, în ciuda circumstanţelor de viaţă mai dificile din punct de vedere material.

Mai mult, viaţa politică şi culturală din Evul Mediu era în mare organizată astfel încât să minimalizeze, chiar să elimine tipurile de incertitudini sociale cu care ne confruntăm în prezent. „Având încă din momentul naşterii un loc distinct, de neschimbat şi neîndoielnic în lumea socială", observa psihanalistul şi autorul de filozofie politică Erich Fromm, „[omul din Evul Mediu] era înrădăcinat într-un întreg structurat şi astfel viaţa avea un sens care nu lăsa loc de şi nu avea nevoie să fie pus la îndoială. O persoană era identică cu rolul ei în societate; era ţăran, meşteşugar, cavaler şi nu *un individ* care *s-a întâmplat* să aibă această sau acea ocupaţie"[28]. Unul din motivele pentru care viaţa din secolul XXI provoacă o anxietate atât de mare este că rolurile sociale şi politice nu mai sunt înţelese ca fiind impuse de Dumnezeu sau de natură – trebuie să ne *alegem* rolurile. Astfel de alegeri, arată cercetările, sunt stresante. Oricât ar fi mustit Evul Mediu de frică şi întuneric şi moarte, Fromm şi alţii susţin că acolo era mai puţină anxietate decât în timpurile noastre.

„Ameţeala libertăţii", după cum a descris-o Kierkegaard, provocată de capacitatea de a face alegeri, poate avea implicaţii politice: poate genera o anxietate atât de puternică încât să creeze dorinţa intensă de întoarcere la certitudinile confortabile ale primelor legături – dorinţa intensă pentru ceea ce Fromm a numit „fuga de libertate". Fromm susţinea că această anxietate i-a făcut pe mulţi dintre germanii din clasa muncitoare să se supună de bunăvoie în anii '30 lui Hitler. Paul Tillich, teolog care a crescut în Germania dintre cele două războaie, a oferit o explicaţie asemănătoare, afirmând că sprijinul din ce în ce mai mare pentru nazism a pornit dintr-o reacţie la anxietate. „În primul rând era peste tot un sentiment de *frică* sau, mai exact, de anxietate nedefinită"[29], scrie el despre Germania anilor '30. „Nu doar siguranţa economică şi politică, ci şi cea culturală şi religioasă părea să se fi pierdut. Nu mai exista nimic pe care să se poată construi; nimic nu mai avea

fundație. O prăbușire catastrofală era așteptată în orice moment. În consecință, toată lumea tânjea după siguranță. O libertate care duce la frică și anxietate își pierde valoarea; mai bine autoritate și securitate decât libertate și frică." Herbert L. Matthews, corespondent al *New York Times* din Europa interbelică, a observat la rândul lui că nazismul oferea o reducere a anxietății: „Fascismul era ca o închisoare în care individul avea un anumit nivel de siguranță, adăpost și hrană zilnică"[30]. Arthur Schlesinger Jr., scriind la câțiva ani de la încheierea celui de-al Doilea Război Mondial, observa același lucru în legătură cu comunismul sovietic: „A umplut «vidul de credință» cauzat de disiparea religiei; a oferit un sentiment al scopului care vindecă agoniile interioare ale anxietății și îndoielii"[31]. În perioadele de tulburare socială, când vechile fundamente nu mai spun nimic, există pericolul ca, după cum a afirmat Rollo May, „oamenii să se agațe de autoritarismul politic în nevoia lor disperată de atenuare a anxietății"[32].

Una dintre implicațiile cercetărilor neurobiologului Robert Sapolsky este că sistemele sociale și politice care sunt foarte fluide și dinamice generează mai multă anxietate decât sistemele statice. Sapolsky arată că „în 99% din istoria omenirii" societatea a fost „cel mai probabil surprinzător de neierarhizată"[33] și, așadar, probabil mai puțin stresantă din punct de vedere psihologic decât epoca modernă. Timp de sute de mii de ani, forma standard de organizare socială a fost tribul de vânători-culegători – iar astfel de triburi erau, judecând după ceea ce știm despre grupurile de vânători-culegători care încă există, „remarcabil de egalitare". Sapolsky ajunge chiar să spună că inventarea agriculturii, o dezvoltare relativ recentă din parcursul istoriei omenirii, „a fost una dintre cele mai proaste mișcări făcute vreodată" pentru că a permis depozitarea hranei și, pentru prima oară în istorie, „stratificarea societății și inventarea claselor". Stratificarea a creat sărăcia relativă, făcând posibilă comparația invidioasă și creând ocazia pentru anxietatea determinată de statut.

Jerome Kagan, printre alții, a susținut că schimbările istorice ale naturii societății umane au dus la nepotriviri între configurația

noastră evoluționistă și valorile culturale moderne. Calități ca timiditatea excesivă, prudența și teama de ce spun ceilalți, care ar fi fost adaptative din punct de vedere social în comunitățile umane timpurii, sunt mult „mai puțin adaptative într-o societate din ce în ce mai competitivă, mobilă, industrializată, urbană decât ar fi fost aceste trăsături în urmă cu câteva secole, într-o economie rurală, agricolă, de sate și orașe“[34], scrie Kagan. În culturile preliterate, toți membrii comunității împărtășeau în general aceleași valori și surse ale semnificațiilor. Însă începând aproximativ din secolul al V-lea î.Cr., oamenii au început să trăiască în număr din ce în ce mai mare în comunități de străini cu valori diferite – tendință hiperaccelerată în Renaștere și din nou în timpul Revoluției Industriale. Drept urmare, mai ales din Evul Mediu încoace, „un alt tip de sentiment inconfortabil a fost evocat prin reflectarea asupra adecvării propriilor abilități sau propriului statut și asupra validității propriilor premise morale“, susține Kagan. „Aceste sentimente, care au fost numite anxietate, au ajuns în poziția de emoție alfa în ierarhia afectelor umane.“ Poate că organismele umane nu sunt echipate să trăiască viața așa cum a fost ea structurată în ultima vreme – un joc cu sumă nulă în care ce câștigă cineva se ia de la altul, în care „competiția nevrotică“ a înlocuit solidaritatea și cooperarea. „Individualismul competitiv militează împotriva experienței comunității, iar lipsa comunității este un factor esențial pentru anxietatea contemporană“[35], susținea Rollo May în 1950.

În 1948, când W.H. Auden a câștigat Premiul Pulitzer pentru *The Age of Anxiety* (*Epoca anxietății*), poemul în șase părți care ilustrează omul în derivă („la fel de liber ca puful de păpădie“) într-o lume industrială lipsită de certitudini, anxietatea părea să fi părăsit tărâmul psihiatriei pentru a deveni o afecțiune culturală generală. În anii '50, când America tocmai ieșise câștigătoare din al Doilea Război Mondial, lista de bestselleruri era deja plină de cărți despre ameliorarea tulburărilor nervoase. Pe urmele bestsellerului din 1948 al lui Dale Carnegie, *How to Stop Worrying and Start Living* (*Lasă grijile, începe să trăiești*), veneau năvală cărți cu

titluri ca *Relax and Live* (*Relaxează-te și trăiește*), *How to Control Worry and Cure Your Nerves Yourself* (*Cum să-ți controlezi îngrijorarea și să te vindeci singur de nervi*) și *The Conquest of Fatigue and Fear* (*Cucerirea oboselii și frici*), ceea ce sugerează că America era în ghearele a ceea ce un istoric al societății numea „o cădere nervoasă națională". La 31 martie 1961, articolul principal din *Time* (cu imaginea tabloului *Țipătul* al lui Edvard Munch) declara că această epocă „este considerată în mod aproape universal drept Epoca Anxietății". Listele de bestselleruri britanice și americane din anii '30, o perioadă mult mai instabilă, erau populate în mod asemănător cu cărți de autoajutorare despre „tensiune" și „nervi". *Conquest of Nerves: The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia* (*Cucerirea nervilor: relatarea inspirațională a unui triumf personal asupra neurasteniei*) a avut mai multe ediții în 1933 și 1934. *You Must Relax: A Practical Method of Reducing the Strains of Modern Living* (*Trebuie să te relaxezi: o metodă practică de reducere a presiunilor vieții moderne*), o carte scrisă de un medic american pe nume Edmund Jacobson, a ajuns pe primul loc al listei *New York Times* de bestselleruri din 1934.

Când a făcut legătura între anxietate și incertitudine, Auden s-a încadrat într-o lungă tradiție istorică și în același timp a anticipat neuroștiințele moderne. Una dintre primele utilizări ale cuvântului „anxietate" în engleză îl asocia cu incertitudinea cronică: Richard Flecknoe, medic și poet din secolul al XVII-lea, scria că persoana anxioasă „este preocupată de orice" sau este „o persoană nehotărâtă" care „ezită în privința oricărei alegeri ca o balanță goală, fără greutate de măsură care să încline într-o parte. [...] Când începe să delibereze nu mai isprăvește"[36]. (Prima definiție a „anxietății" din *Dicționarul Oxford* este „neliniște în legătură cu un eveniment *incert*" [sublinierea mea].) Studii neurobiologice recente au dezvăluit că incertitudinea activează circuitele cerebrale ale anxietății; amigdala persoanelor cu anxietate clinică este neobișnuit de sensibilă la incertitudine. „Intoleranța incertitudinii pare a fi procesul central implicat în nivelurile înalte de îngrijorare"[37], a scris Michel J. Dugas, psiholog la Universitatea Penn State. Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată „sunt foarte

intoleranți la incertitudine", spune el. „Eu folosesc metafora «alergiei» la incertitudine [...] pentru a-i ajuta să conceptualizeze relația lor cu incertitudinea." Între 2007 și 2010, numărul de articole din presă în care apărea cuvântul „incertitudine" a crescut cu 31%.[38] Nu e de mirare că suntem atât de anxioși.

Doar că suntem poate relativ mai puțin anxioși decât credem. Fiindcă, dacă te uiți suficient de departe în istoria culturală a tulburărilor de nervi și a melancoliei, afirmația fiecărei noi generații de a fi cea mai anxioasă începe să sune ca afirmațiile generațiilor care au precedat-o și care au urmat-o. Când medicul britanic Edwin Lee a susținut în *A Treatise on Some Nervous Disorders* (*Tratat despre unele tulburări nervoase*) din 1838 că „simptomele nervoase sunt astăzi mai răspândite decât oricând înainte și decât oriunde altundeva"[39], aduce nu numai cu George Miller Beard de după el, ci și cu medicul britanic Thomas Trotter de dinaintea lui. „La începutul secolului al XIX-lea, nu ezităm să afirmăm că tulburările de nervi [...] pot fi acum considerate pe drept cuvânt ca alcătuind două treimi dintre toate afecțiunile societății civilizate"[40], scria Trotter în *A View of the Nervous Temperament* (*Considerații asupra temperamentului nervos*), publicată în 1807.[i] Cu 80 de ani înainte de Trotter, George Cheyne, cel mai proeminent „doctor de nervi" al acelei epoci, susținea că „simptomele atroce și groaznice"[41] ale afecțiunii nervoase pe care le numise „maladia englezească" „abia dacă le erau cunoscute strămoșilor noștri, și niciodată nu ajungeau la asemenea înălțimi fatale și nici nu îmbolnăveau atât de mulți oameni și orice altă națiune"[ii].

---

[i]) Trotter avertiza că o „epidemie" de tulburări nervoase amenința nu numai „caracterul național" al Marii Britanii, ci și siguranța ei națională, din moment ce într-o stare de slăbiciune cetățenii britanici erau numai buni să fie invadați și cuceriți. (Fricile lui Trotter legate de epidemia națională de slăbiciune nervoasă erau amplificate de Napoleon, care organiza raiduri de-a lungul continentului.)

[ii]) Cheyne a afirmat că o treime a populației britanice suferea de afecțiunea nervoasă cunoscută ca „spleen", „vapori" sau „ipohondrie" – ceea ce astăzi ar intra în *DSM* sub umbrela tulburărilor anxioase sau depresive.

Unii istorici au identificat originea anxietății moderne în cercetările din secolul al XVII-lea ale eruditului de la Oxford Robert Burton.[i] Burton nu era medic și își părăsea arareori biblioteca, într-atât a fost de ocupat timp de zeci de ani cu lecturi uluitor de vaste și cu însemnările la tomul-mamut *Anatomia melancoliei*, iar influența lui asupra literaturii și psihologiei occidentale a fost durabilă. Sir William Osler, inventatorul sistemului medical de rezidențiat și unul dintre cei mai influenți medici de la sfârșitul secolului al XIX-lea, a numit *Anatomia melancoliei* „cel mai mare tratat medical scris vreodată de un laic". John Keats, Charles Lamb și Samuel Taylor Coleridge au prețuit cu toții acest tratat și s-au inspirat din el. În ceea ce-l privește, Samuel Johnson i-a spus lui James Boswell că era „singura carte care a reușit vreodată să-l convingă să se dea jos din pat cu două ore mai devreme decât avea de gând". Terminată în 1621, când Burton avea 44 de ani, și apoi revizuită și extinsă de mai multe ori în decursul următorilor 17 ani, *Anatomia melancoliei* este o lucrare epică de sinteză care se întinde de-a lungul întregii istorii, literaturi, filozofii, științe și teologii de până atunci. Publicată inițial în trei volume, lucrarea s-a mărit pe măsură ce Burton a meșterit la ea și i-a adus adăugiri (și apoi alte adăugiri) în anii de dinaintea morții sale din 1640; cartea pe care o am eu, un volum broșat din ediția a șasea, are 1.382 de pagini cu corp de literă foarte mic.

O mare parte din ce scrie Burton este absurd, contradictoriu, plictisitor, în latină sau toate de mai sus. Dar e plină și de bună dispoziție, pesimism întunecat și înțelepciune consolatoare în privința condiției umane (e ușor de înțeles de ce îl pasiona atât de tare pe Samuel Johnson), iar în călătoriile sale exuberante prin ceea ce pare a fi tot ce s-a scris vreodată a reușit să adune toată cunoașterea omenirii despre melancolie într-o singură carte și să le ofere

(Să observăm că Cheyne susține că în anii 1730 exista în Marea Britanie un număr de afecțiuni anxioase comparabil cu estimările din prezent ale Institutului Național de Sănătate Mintală în privința Americii.)

[i]) Citind rapoarte ale altor scriitori, Burton susținea că frecvența melancoliei – care includea deopotrivă diagnosticele moderne de anxietate și depresie – era „atât de obișnuită în epoca noastră nebună, încât doar unul din o mie nu e afectat de ea".

viitorilor scriitori și gânditori terenul pe care să opereze. Este evident că la baza cărții a stat propria depresie și, ca în cazul *Confesiunilor* Sfântului Augustin și *Interpretării viselor* a lui Freud, înțelegerea nu este extrasă doar din mărturia unor experți, ci din introspecție. „Alți oameni își obțin cunoașterea din cărți"[42], scrie el. „Eu o obțin din melancolie." Desigur, o mare parte din cunoașterea lui Burton provine din cărți – citează mii – și o parte din ceea ce face atât de interesantă această carte este capacitatea lui Burton de a-și obiectiva propria experiență.[i]

Deși anumite părți din cartea lui Burton erau deja învechite și ridicole când a publicat-o, unele dintre intuițiile și observațiile lui sunt destul de moderne. Descrierea sa precisă din punct de vedere clinic a atacului de panică este confirmată de *DSM-V*: „Multe efecte deplorabile a provocat această frică oamenilor, printre care roșeața pielii, paloarea, tremurul, transpirația; ea face corpul să se răcească brusc, și în clipa următoare fierbințeala îl copleșește cu totul, are palpitații, leșinuri etc"[44]. Și iată o descriere îndeajuns de bună a ceva ce astăzi ar fi diagnosticat ca tulburare anxioasă generalizată: „Mulți oameni sunt atât de uluiți și înmărmuriți de frică, încât nu știu unde sunt, ce spun, ce fac și, cel mai rău, îi torturează multe zile până atunci cu frici și suspiciuni neîncetate. Împiedică încercările cele mai onorabile și le face inima îndurerată, tristă și grea. Cei ce trăiesc în frică nu sunt niciodată liberi, hotărâți, siguri, nu sunt niciodată voioși, ci veșnic în durere: precum a spus Vives, *Nulla est miseria maior quam metus*, nu există suferință mai mare, chin mai mare sau tortură care să i se asemene; veșnic suspicioși, anxioși, neliniștiți, își pierd nădejdea asemenea copiilor, fără motiv, fără judecată, mai ales dacă se arată vreun lucru înfricoșător, după cum spune Plutarh"[ii45].

---

[i]) Mă simt înfrățit cu Burton pentru că el a recunoscut că a scris despre melancolie ca să lupte împotriva propriei melancolii: „Scriind despre melancolie mă îndeletnicesc cu evitarea melancoliei"[43]. (Eu scriu despre anxietate ca să nu fiu anxios.)

[ii]) Plutarh, biograf și istoric, a descris în culori vii și precis modul în care ceea ce am numi astăzi depresie clinică poate provoca o escaladare a anxietății. Oricine a suferit tortura insomniei provocate de depresia agitată – în care

Burton adună sute și sute de teorii ale anxietății și depresiei, dintre care multe se contrazic unele pe celelalte, dar în cele din urmă tratamentul pe care îl recomandă poate fi rezumat la exerciții regulate, șah, băi, lecturi, ascultarea muzicii, folosirea laxativelor, alimentația sănătoasă, moderația sexuală și, mai presus de toate, ocuparea timpului. „Nu există cauză mai mare a melancoliei decât pierderea vremii, nu e leac mai bun decât să-ți afli o îndeletnicire“[46], scrie el, citându-l pe medicul arab Rhasis. Adunând înțelepciunea epicurienilor și stoicilor (și, din Orient, a budiștilor), el recomandă moderarea ambiției și acceptarea propriei căi spre fericire: „Dacă oamenii nu s-ar încumeta la mai mult decât pot duce ar avea o viață de mulțumire și, învățând să se cunoască pe ei înșiși, și-ar limita ambiția; ar afla că natura are îndeajuns fără a căuta lucruri neînsemnate și neprofitabile care nu aduc nimic altceva decât durere și împovărare. Așa cum trupul gras este mai supus bolilor, la fel sunt supuși cei bogați lucrurilor absurde și prostești, pierderilor multe și neplăcerilor potrivnice“[47].

Încercarea de a compara direct nivelurile de anxietate ale unor epoci diferite este nebunie curată. Lăsând deoparte informațiile și statisticile din prezent despre nivelurile în creștere și în scădere ale consumului de tranchilizante, nu există o măsurătoare magică a anxietății care să poată depăși specificul cultural al locului și

anxietatea aduce insomnie și insomnia aduce o anxietate și mai mare – va recunoaște corectitudinea clinică a descrierii lui Plutarh. Pentru omul deprimat, scrie el, „orice rău mic este amplificat de spectrul înfricoșător al anxietății sale [...]. În somn sau în starea de veghe este bântuit deopotrivă de spectrele spaimei. Treaz, nu se folosește de rațiune, iar în somn nu se bucură de răgaz pentru griji. Rațiunea îi este veșnic adormită; fricile îi sunt veșnic treze. Nicăieri nu poate găsi scăpare de terorile imaginate“.

Plutarh nu era medic – dar Galenus, care s-a născut la scurtă vreme după moartea lui Plutarh, era. Descriind o epidemie de anxietate care sună remarcabil de modern, Galenus a scris că a văzut „tremor în inima tinerilor sănătoși și adolescenți nevolnici și slăbiți de anxietate și depresie“ și pacienți „care dormeau puțin, agitat și întrerupt, cu palpitații și vertij“ și „triști, neliniștiți, timizi și convinși că erau persecutați“.

timpului pentru a evalua obiectiv nivelul de anxietate – care, la fel ca orice emoție, este într-un anumit sens ceva inerent subiectiv și determinat cultural. Dar dacă anxietatea este o descendentă a fricii, și dacă frica este un impuls evoluționist care are scopul de a susține supraviețuirea speciei, atunci anxietatea este cu siguranță la fel de bătrână ca specia umană. Oamenii au fost întotdeauna anxioși (chiar dacă anxietatea este reprezentată în moduri diferite în culturi diferite); un procent relativ stabil dintre noi au fost întotdeauna mai anxioși decât alții. Imediat ce creierul a avut capacitatea să evalueze viitorul a avut capacitatea de a se teme de viitor. Capacitatea de a planifica, capacitatea de a imagina viitorul – odată cu acestea vine capacitatea de îngrijorare, groaza de viitor. Sufereau oamenii de Cro-Magnon de tulburări intestinale când prădătorii dădeau târcoale peșterii? Le transpirau palmele primilor hominizi și li se usca gura când interacționau cu membri ai tribului care aveau un statut mai înalt? Au existat oameni ai peșterilor agorafobici sau oameni de Neanderthal care să fi îndurat anxietatea de performanță sau frica de înălțimi? Îmi imaginez că au existat, din moment ce acești proto-*Homo sapiens* au fost produsul aceleiași evoluții care a generat propria noastră capacitate de anxietate și aveau un echipament fiziologic identic sau asemănător de frică.

Ceea ce sugerează că anxietatea este o parte inerentă a condiției umane. „În zilele noastre vedem încă principalele amenințări ca venind din partea colților și ghearelor unor inamici concreți, când de fapt sunt în general psihologice și, în cel mai larg sens, spirituale – adică sunt determinate de lipsa de sens“[48], scria Rollo May în 1977 în prefața la ediția revizuită a cărții sale *The Meaning of Anxiety*. „Nu mai suntem prada tigrilor și mastodonților, ci a vătămărilor stimei de sine, ostracizării de grupul nostru sau amenințării înfrângerii în lupta competiției. Forma anxietății s-a schimbat, dar experiența rămâne relativ aceeași.“

Partea a V-a
SALVARE ȘI REZILIENȚĂ

CAPITOLUL 11
Salvare

Capacitatea de a tolera anxietatea este importantă pentru autoactualizarea individului și pentru cucerirea mediului său. [...] Autoactualizarea este atinsă doar cu prețul înaintării în ciuda unor astfel de șocuri. Acesta este semnul utilizării constructive a anxietății.

— Kurt Goldstein, *Human Nature in the Light of Psychopathology* (*Natura umană în lumina psihopatologiei*) (1940)

Când aveam zece ani am început să merg la psihiatru o dată sau de două ori pe săptămână și fac asta de 25 de ani. Dr. L. a fost psihiatrul care, când m-au dus la Spitalul McLean ca un băiețel de zece ani întru totul fobic, mi-a administrat testul Rorschach. Când m-am apucat să fac terapie cu el la începutul anilor '80, avea aproape 50 de ani, era înalt și subțire, cu un început de chelie și o barbă în stilul freudian clasic. De-a lungul anilor, barba a dispărut și a reapărut de câteva ori și și-a pierdut și mai mult din părul care, în timp, a ajuns șaten grizonant și apoi alb. Și-a mutat cabinetul din primul loc (unde stătea împreună cu prima soție) în altul (unde s-a instalat cu a doua soție) și apoi în al treilea (pe care îl închiria de la un oftalmolog) și în al patrulea (unde, în conformitate cu deplasarea lui în direcția New Age, împărțea camera de așteptare cu un salon de masaj și unul de epilare) și, în sfârșit, ultima dată când am fost la el, într-o clădire din Cape Cod, cu vedere la ocean (unde își mutase cabinetul care era din nou în casa unde locuia).

Instruit la Harvard în anii '50 și la începutul anilor '60, dr. L. a ajuns la vârsta maturității profesionale în ultimele zile de glorie ale psihanalizei, când freudismul încă era dominant. Când l-am întâlnit prima oară pe dr. L., credea deopotrivă în medicamente și în concepte freudiene ca nevroza și refularea, complexul Oedip

și transfer. Primele noastre ședințe de la începutul anilor '80 au fost pline de teste Rorschach, asociații libere și discuții despre primele amintiri din copilăria mea timpurie. Ultimele noastre ședințe de la jumătatea anilor 2000 s-au centrat pe jocul de rol și pe „energie"; a petrecut de asemenea mult timp din acei ultimi ani încercând să mă convingă să mă înscriu la un program special de yoga care astăzi se confruntă la tribunal cu mai multe acuzații că ar fi un cult care spală creierul membrilor.

Iată niște lucruri pe care le-am făcut în ședințele de pe parcursul a 25 de ani: ne-am uitat la cărți cu desene (1981); am jucat table (1982–1985); am aruncat cu săgeți la țintă (1985–1988); am făcut experimente sporadice cu metode psihoterapeutice noi de o coloratură din ce în ce mai New Age, ca hipnoza, comunicarea facilitată, desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare, terapia centrată pe copilul din interior, terapie prin sisteme de energie și terapia sistemelor familiale interne (1988–2004). Se pare că am fost beneficiarul, și poate victima, fiecărei noi tendințe psihoterapeutice și psihofarmacologice.

Cu câțiva ani în urmă, când m-am apucat de cercetarea pentru această carte, am decis să-l caut pe dr. L. pentru un interviu. Lăsând deoparte incapacitatea lui de a mă vindeca, cine ar fi fost mai în măsură să mă ajute să-mi înțeleg anxietatea decât omul care a depus eforturi timp de zeci de ani ca să mă trateze? Așa că i-am scris pentru a-i spune la ce lucrez și pentru a-l întreba dacă ar fi de acord să-i iau un interviu despre numeroșii ani de terapie cu el și să ne uităm pe vechile mele dosare pe care le mai avea. A spus că nu mai avea dosarele mele, dar că i-ar face plăcere să vorbim. Așa că într-o după-amiază rece de sfârșit de noiembrie am condus din Boston prin Cape Cod până în Provincetown, acum pustiu, în afara sezonului. Trecuseră mai bine de cinci ani de când ne văzuserăm sau vorbiserăm ultima oară și eram anxios (bineînțeles) în privința modului în care va decurge întâlnirea. Doream să păstrez o aparență de jurnalist – și să nu cad în vechile obiceiuri de dependență din relația cu el (fusese o figură paternă timp de 25 de ani)–, așa că am luat mai întâi un Xanax și m-am gândit pentru o

clipă să trec pe la un magazin de băuturi pentru o duşcă sedativă de vodcă.[i]

Mă aştepta pe terasa care dădea spre ocean, mi-a făcut semn cu mâna şi m-a poftit să urc scările spre cabinetul lui, unde m-a întâmpinat călduros, chiar dacă puţin precaut, întrebându-se, presupun, dacă nu cumva venisem în căutare de probe pentru un proces de malpraxis. (Corespondenţa prin e-mail care precedase această întâlnire despre dosarele mele şi celelalte lucruri părea formulată atent, ca şi cum fusese verificată de un avocat.) Avea atunci aproape 80 de ani şi era încă suplu şi sprinten şi părea mai tânăr. Ne-am aşezat şi l-am pus la curent cu ce mai făcusem în ultimii câţiva ani, după care am început să vorbim despre anxietatea mea.

L-am întrebat ce-şi amintea despre cazul meu de când mă prezentasem prima oară la spitalul de psihiatrie, cu mai bine de două decenii în urmă.

— Îmi amintesc destul de clar, a spus el. Erai un copil foarte tulburat.

L-am întrebat despre emetofobia mea, care izbucnise deja în plină forţă până să fac zece ani.

— Aveai un scenariu fantasmatic în care să vomiţi însemna să ţi se destrame corpul, a spus el. Părinţii tăi nu te ajutau să testezi realitatea, aşa că ai fuzionat cu fobia.

Îşi amintea cum el şi echipa de la spitalul de psihiatrie au interpretat testul Rorschach? Mă dusesem recent la arhiva Spitalului McLean să întreb dacă se mai putea găsi primul meu dosar de evaluare, dar fusese mutat în altă parte cu ani în urmă şi nimeni nu a mai reuşit să dea de el. Singura imagine care mi-a venit în minte a fost că arătam ca un liliac rănit, cu aripile zdrelite, incapabil să scape din peşteră.

— Asta probabil are de-a face cu sentimentele tale de a fi abandonat şi învăluit, a spus dr. L. Un sentiment de lipsă de siguranţă şi vulnerabilitate enormă.

---

[i]) Faptul că doar m-am gândit la asta sugera, desigur, că deceniile de terapie cu dr. L. nu au fost foarte eficiente; dependenţele mele sunt acum de substanţe.

L-am întrebat care era, în opinia lui, motivul acelei vulnerabilități.

— Era vorba de mulți factori cauzali. Știam că părinții aveau deficiențe.

A vorbit mai întâi despre tata, pe care îl cunoștea foarte bine, dat fiind că a făcut terapie cu el când mama l-a părăsit pentru directorul firmei de avocatură la care lucra.[i]

---

[i]) Asta, apropó, a dus la o rețea complexă de conflicte de interese. În duminica din toamna anului 1995 în care mama l-a anunțat că vrea să divorțeze, tatăl meu, disperat să salveze relația, a încetat pentru prima dată după mulți ani să mai bea și, într-un gest cu totul contrar firii sale, a fost de acord cu terapia de cuplu de urgență. Mult timp până atunci, tata, deși plătea ședințele mele și ale surorii mele, a disprețuit psihoterapia. „Cum a fost lecția de damblageală?" întreba batjocoritor când mă întorceam de la o ședință. Făcea asta atât de des, încât formula a intrat în limbajul obișnuit al familiei și, în cele din urmă, eu și sora mea vorbeam fără ironie despre lecțiile noastre de damblageală. („Mamă, poți să mă duci la lecția de damblageală de miercuri?") În 1995, dr. L. își deschisese de curând un cabinet – împreună cu noua sa soție, asistenta G. – de consiliere de cuplu. Așa că părinții mei au început să se ducă la dr. L și asistenta G. (la rândul ei asistentă socială acreditată) pentru terapie intensivă de cuplu. Ceea ce nu ar fi fost o problemă dacă eu – pe atunci în vârstă de 20 și ceva de ani – nu aș fi continuat să fac terapie cu dr. L. Astfel încât ședințele au început să decurgă cam așa:

— Ce mai faci?
— Bine, am avut o săptămână destul de grea. Am avut un atac de panică...
— Ce mai fac părinții tăi?
— Poftim?
— Ai vorbit cu mama ta sau cu tatăl tău în ultimele câteva zile? A spus mama ta dacă se vede în continuare cu Michael P.?

Întâmplător, mama *chiar* se vedea cu Michael P. și la scurt timp s-au mutat împreună.

Rătăcit după plecarea mamei, tata a început să se ducă la dr. L. pentru terapie individuală. Acum, dr. L. putea la fel de bine să fie pe nota de plată a familiei. Făcuse șase luni de consiliere maritală cu părinții mei, avea ședințe săptămânale cu tata și făcea terapie și cu mine. Ca plasa psihopatologiei să fie și mai incestuoasă, mama începuse să se ducă la asistenta G. pentru terapie.

— Când erai mic, tatăl tău avea un „cunoscător" foarte puternic, o parte a personalității lui înclinată să judece. Nu prea tolera comportamentul anxios. Anxietatea ta îl făcea să explodeze de furie. Nu era deloc empatic. Când tu erai anxios, te judeca și-și dorea să repare asta. Nu putea pur și simplu să o tolereze. Nu putea să te liniștească.

Dr. L. s-a oprit un moment.

Ședințele mele de terapie cu dr. L. ajunseseră să fie dominate de întrebările lui despre noul său pacient-vedetă, tata. Nu-l puteam învinovăți pe dr. L. pentru că-l considera pe tata un pacient mai interesant. La urma urmei, pe mine mă vedea de 15 ani, iar cu tata se întâlnea de câteva luni. Faptul că putea vorbi cu tata despre relația lui cu mine și cu mine despre relația mea cu tata cu siguranță că îi oferea doctorului L. o fascinație de tip *Rashomon* [referință la filmul lui Akira Kurosawa în care aceeași întâmplare este povestită din perspective diferite și contradictorii – n. tr.]. Tata se ducea la el, mama se ducea la soția lui, mama și tata se duceau împreună la el și soția lui și eu mă duceam la el – un joc caleidoscopic de telefon fără fir în familie, cu dr. L. și asistenta G. la butoane.

Tata a început să facă terapie când separarea îl dărâmase emoțional și când era profund zdruncinat și bea enorm. A încheiat terapia la mai puțin de doi ani, fericit, productiv, recăsătorit și considerat (de el însuși și de dr. L.) mult mai „autoactualizat" și „autentic" decât fusese. A urmat cu întreruperi terapia cu dr. L. vreme de 18 luni. În timp ce eu intram în al 19-lea an de terapie cu dr. L. și eram la fel de anxios ca întotdeauna.

Acum câțiva ani, soția mea l-a întrebat pe tata ce s-a întâmplat când a finalizat terapia cu dr. L. Îi spusese atunci dr. L. ceva despre mine? Da. Dr. L., își amintea tata, îi spusese că nu eram deloc pregătit să închei terapia și că aveam „probleme serioase" pentru care îmi trebuia ajutor.

Ceea ce, presupun, era foarte adevărat. Dar nu cumva una dintre aceste probleme era faptul că propriul meu tată – ale cărui evaluări critice dure în privința vieții și muncii mele făcute de-a lungul anilor au contribuit probabil la reducerea stimei mele de sine – a confirmat încă o dată inferioritatea și incompetența mea generală împrumutându-mi terapeutul și progresând rapid de la caz temporar de țicneală la persoană vindecată, în timp ce eu lâncezeam în stagnarea purgatoriului nevrotic? Când tata a încheiat terapia m-am simțit ca un elev pe lângă care frații mai mici au trecut rapid și au ajuns în clasa de avansați: tata, care a început terapia ani (zeci de ani!) după mine, a reușit imediat să absolve cu felicitări, în timp ce eu, blocat în cursurile ajutătoare, repetam clasa a treia pentru a 19-a oară.

— Nu putea să se liniştească nici pe el. Se judeca pentru că era anxios. În mintea lui, anxietatea e slăbiciune. Îl înfurie.[i]

Şi despre mama?

— Era ea însăşi prea anxioasă pentru a te ajuta eficient să te descurci cu propria anxietate, a spus dr. L. Şi-a organizat viaţa în jurul încercării de a nu fi anxioasă. Aşa că atunci când *tu* erai anxios, şi *ea* devenea anxioasă. Într-o astfel de unitate părinte–copil, copilul preia anxietatea părintelui, dar nu ştie de unde vine. Anxietatea ei a devenit a ta, tu nu ai putut să o tolerezi şi ea nu te-a putut ajuta. Aveai probleme cu „constanţa obiectelor". Nu ai putut forma o imagine internă a părinţilor tăi. Ori de câte ori erai departe de ei nu aveai cum să nu te gândeşti că poate te-au abandonat. Părinţii tăi nu au putut niciodată să stea liniştiţi îndeajuns cât să te asigure că încă erau pe lumea asta.[ii]

---

[i]) *Furia tatălui meu.* Unul dintre momentele întunecate ale copilăriei mele este acesta: într-o noapte, când aveam 14 ani, m-am trezit la trei dimineaţa într-una din crizele mele de panică şi ţipete. Auzind că plâng, tata s-a năpustit în camera mea, cu mama pe urmele lui, şi a început să mă lovească şi să-mi spună să tac. Asta m-a făcut să plâng şi mai tare.

— Eşti o javră, o javră mică şi jalnică! a urlat el şi m-a luat pe sus şi m-a aruncat. M-am lovit de perete şi am căzut la podea. De acolo, sughiţând de plâns, l-am văzut pe tata cum mă privea de sus şi am văzut-o pe mama impasibilă în pragul uşii. Am tendinţa de a mă simţi singur chiar şi când sunt înconjurat de familie şi prieteni; în acel moment m-am simţit mai singur decât oricând până atunci sau de atunci înainte. (Pentru a confirma această amintire, o notă din jurnalul tatălui meu pe care a început să-l scrie după ce l-a părăsit mama şi pe care a avut bunăvoinţa să mi-l arate acum câţiva ani: „Totuşi, pe la 11 ani, Scott a început să fie foarte anxios şi avea în special o fobie de vărsături. A început să manifeste unele anomalii comportamentale pe care Anne le-a observat şi pe care eu le-am negat. Anne avea dreptate şi dr. Sherry [psihiatru de copii], criticând acerb orbirea mea psihologică, a recomandat o evaluare la McLean. Acest proces a făcut ca Scott să înceapă o psihoterapie pe termen lung cu dr. [L.]. La început însă a fost groaznic. Starea lui Scott se înrăutăţise şi noaptea nu putea să doarmă. Trebuia să ia Thorazine şi imipramină. Din frustrare, am fost adesea abuziv verbal şi chiar fizic".)

[ii]) Asta corespunde conceptului de bază de siguranţă din teoria ataşamentului a lui Bowlby şi Ainsworth.

Dr. L. a spus că, în opinia lui, anxietatea de separare era menținută de faptul că mama era hiperprotectoare.

— Mesajul pe care l-ai primit din partea mamei tale era *Nu poți să suporți – nu-ți asuma riscuri, pentru că anxietatea ar fi copleșitoare.*

I-am spus că asta sună ca și cum el ar atribui anxietatea mea în principal problemelor psihodinamice – relației pe care am avut-o cu părinții. Dar oare cercetările moderne nu sugerează că vulnerabilitatea la anxietate este în mare parte genetică? Cercetările lui Jerome Kagan, de exemplu, nu fac legătura între gene și temperament și între temperament și anxietate, sugerând că tendința anxioasă este configurată de genom?

— Uite, poate că „temperamentul inhibat" a înrăutățit lucrurile pentru tine, a spus el. Dar cred că și dacă nu ai avea acest tip de temperament determinat genetic personalitatea mamei tale tot ți-ar crea probleme. Nici ea, nici tatăl tău nu ți-au oferit ce aveai nevoie. Nu te puteai liniști singur. Da, există dovezi că ai probleme neurochimice provocate de gene. Iar personalitatea mamei tale nu era deloc bună pentru temperamentul tău. Dar o genă care te predispune la o boală nu-ți provoacă neapărat acea boală. Geneticienii spun „O să analizăm genele astea și o să descoperim cauza problemei". *Nu! Nu-i adevărat!* Chiar și în cazul cancerului de sân, uneori doar un factor de mediu – ca alimentația – este catalizatorul unei predispoziții genetice și determină cancerul.

Am observat că medicamentele – Xanax, Klonopin, Celexa, alcoolul – mă liniștesc mai eficient decât au făcut-o vreodată părinții mei sau dr. L. sau bunul meu plac (oricare ar fi). Nu indică asta că anxietatea mea e mai degrabă o problemă medicală decât psihologică, indiferent care ar fi fost neajunsurile părinților mei? Faptul că anxietatea este o problemă înrădăcinată în corp, în creierul fizic, și nu într-o minte sau un psihic decorporalizat – o problemă care urcă de la corp la creier la minte, și nu care coboară de la minte la creier la corp?

— Falsă dihotomie! spune el emfatic, ridicându-se și luând din bibliotecă *Eroarea lui Descartes.*

Aici, neurologul Antonio Damasio explică faptul că Descartes s-a înșelat când a susținut să mintea și corpul sunt distincte. Dualitatea minte–corp nu este de fapt dualitate, spune dr. L. parafrazându-l pe Damasio. Corpul dă naștere minții; mintea permează corpul. Nu pot fi diferențiate.

— Funcționarea neocortexului [adică a minții] ne face să fim cine suntem, spune dr. L. Dar sistemul limbic [autonom și inconștient] poate fi la fel de important, dacă nu chiar mai important, pentru determinarea identității noastre. Neocortexul nu poate să ia nici o decizie fără aportul sistemului afectiv.

Pentru a ilustra caracterul inseparabil al corpului și minții, dr. L. a vorbit despre efectele traumei. (Fusese recent în Sri Lanka, unde a instruit psihoterapeuți în modalități de lucru cu supraviețuitorii tsunamiului din 2004.) Experiența traumei sau abuzului, a explicat el, este încorporată, „este integrată în țesuturile corpului".

— Gândește-te la supraviețuitorii Holocaustului, a spus el. Până și nepoții lor au un nivel mai înalt de anxietate care poate fi măsurat fiziologic. Au tendința ca anxietatea să se declanșeze mai ușor. Dacă se uită la un film despre victimele violenței din Somalia reacționează mult mai intens. Asta e adevărat nu doar pentru copiii supraviețuitorilor Holocaustului, ci și pentru nepoții și chiar pentru strănepoții lor. Poartă în corp ceva din experiența părinților și bunicilor. Trauma nici măcar nu le aparține, dar îi afectează.

(Mă gândesc aici la fixația tatălui meu pe Holocaust, la teancul de cărți despre naziști de pe noptiera lui, la documentarele despre al Doilea Război Mondial care rulau tot timpul la televizor. Mama și tatăl lui fugiseră din Germania înaintea Holocaustului; la fel și cei mai mulți din familie, dar nu înainte ca unchii și bunicul lui să fi fost bătuți în Kristallnacht.)

L-am întrebat pe dr. L. în ce măsură considera că domeniul psihiatriei se schimbase în ultimii 50 de ani, de când începuse să-și practice meseria, în special în privința înțelegerii cauzelor și tratamentului anxietății.

— Freudienii îi dădeau înainte cu „*«insight» über alles*". Exista aşteptarea că dacă ajungeai la un *insight* asupra nevrozei tale o vei putea controla. *Greşit!*

În funcţie de perspectiva pe care o ai, tratamentul pe care îl preferă dr. L. în această perioadă este fie sofisticat şi de ultimă generaţie, fie New Age şi bizar: de exemplu, desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare, care presupune să-ţi mişti ochii dintr-o parte în alta în timp ce retrăieşti trauma, şi terapia sistemelor familiale interne, bazată pe lucrările psihiatrului Richard Schwartz, care presupune antrenarea pacientului să recâştige controlul asupra multiplelor sale subpersonalităţi prin „sinele coordonator" şi ajutarea lui să dezvolte o relaţie mai bună şi mai funcţională cu copilul vulnerabil dinăuntrul său. În ultimii mei ani de terapie cu dr. L. am petrecut mult timp trecând de pe un scaun pe altul şi dând glas diferitelor „subpersonalităţi" şi „energii" şi vorbind cu copilul meu interior.

— Pe vremuri aveam o perspectivă monolitică asupra dispoziţiei afective şi a tulburărilor de personalitate, a continuat dr. L. Dar acum înţelegem că personalitatea este formată din multe părţi mici, care au propriile credinţe şi valori.

Cheia tratamentului, spune el, este ca pacientul să devină conştient de aceste subpersonalităţi şi să reuşească să le gestioneze pe cele în care este înscrisă trauma sau anxietatea.

— Astăzi ştim mult mai multe despre neurocircuitele anxietăţii. Uneori trebuie să iei medicamente. Dar psihiatria mai nouă, mai evoluată, schimbă chimia cerebrală – o modifică în acelaşi mod în care o fac medicamentele.

— Sunt condamnat de neurocircuitele mele? am întrebat eu. Am făcut terapie cu tine timp de 25 de ani şi am fost la mulţi alţi terapeuţi şi am încercat multe metode de tratament. Şi totuşi iată-mă acum, la vârsta de mijloc, încă suferind de anxietate cronică şi adesea debilitantă.

— Nu, nu eşti condamnat, a spus dr. L. Ştim acum suficient despre neuroplasticitate pentru a înţelege că circuitele se dezvoltă permanent. Există tot timpul posibilitatea de a modifica software-ul.

Chiar dacă nu mă pot vindeca definitiv de anxietate, am ajuns să cred că este poate întru câtva salvatoare.

Dovezile istorice sugerează că anxietatea poate fi implicită în geniul artistic și creativ. Talentul literar al lui Emily Dickinson, de exemplu, era inextricabil legat de anxietatea ei. (Nu putea deloc să iasă din casă, și după 40 de ani de fapt a ieșit doar arareori din dormitor.) Franz Kafka punea sensibilitatea lui nevrotică pe seama sensibilității lui artistice; la fel, bineînțeles, și Woody Allen. Jerome Kagan, psihologul de la Harvard, susține că anxietatea și suprareactivarea fiziologică a lui T.S. Eliot l-au ajutat să fie un mare poet. Kagan observă că Eliot a fost un „copil timid, precaut, sensibil"[1] – dar, fiindcă familia i-a oferit sprijin și a avut o bună educație și „capacități verbale neobișnuite", a reușit să-și „pună în valoare temperamentul" și să devină un poet remarcabil.

Poate cel mai celebru caz este Marcel Proust, care și-a transformat sensibilitatea nevrotică în artă. Tatăl lui Marcel, Adrien, era un medic specializat în sănătatea nervoasă și autor al unei cărți influente intitulate *L'Hygiène du neurasthénique* (*Igiena neurastenicului*). Marcel a citit lucrarea tatălui său și a încorporat-o în propriile scrieri; operele lui de ficțiune și nonficțiune sunt „saturate de vocabularul disfuncției nervoase"[2], după cum s-a exprimat un critic. În mai multe locuri din *În căutarea timpului pierdut*, personajele fie comentează, fie încorporează ideea conform căreia, după cum a observat pentru prima oară Aristotel, suferința nervoasă poate duce la mari opere de artă. Pentru Proust, rafinamentul sensibilității artistice era legat direct de dispoziția nervoasă. Din marii neliniștiți se naște arta.[i]

---

[i]) Să ne gândim și la alți intelectuali invalizi din punct de vedere nervos ca David Hume, James Boswell, John Stuart Mill, George Miller Beard, William James, Alice James, Gustave Flaubert, John Ruskin, Herbert Spencer, Edmund Gosse, Michael Faraday, Arnold Toynbee, Charlotte Perkins Gilman și Virginia Woolf, fiecare suferind de o tulburare afectivă debilitantă la începutul (și uneori spre finalul) carierei. Când era tânăr, David Hume, cel care va deveni una dintre cele mai strălucitoare stele ale Iluminismului scoțian, și-a abandonat studiile de drept și a urmat o carieră mult mai precară în

Tot din marii neliniștiți se poate naște, cel puțin pentru o vreme, și marea știință. Dean Simonton, psiholog la Universitatea din California, Davis, care a petrecut zeci de ani studiind psihologia geniului, estimează că o treime din toți marii oameni de

---

filozofie. În primăvara anului 1729, după o perioadă de strădanii intelectuale intense, Hume s-a prăbușit. Se simțea, după cum va scrie mai târziu într-o scrisoare către un medic în care vorbea despre suferințele lui, epuizat fizic și tulburat afectiv; nu se putea concentra asupra cărții pe care încerca să o scrie (care va ajunge în cele din urmă celebrul *Tratat asupra naturii umane*) și suferea de groaznice dureri abdominale, iritații și palpitații care l-au ținut într-o stare de neputință cea mai mare perioadă dintr-un interval de cinci ani. Așa cum va face și Darwin mai târziu, Hume a încercat toată gama de remedii existente în speranța de a găsi un leac pentru ceea ce numea „indispoziția" lui nervoasă: a fost la băi și a făcut plimbări și a călărit, a urmat tratamentul cu „bitteruri și pilule anti-isterie" și cu „un litru de vin roșu în fiecare zi" prescris de medicul familiei. Scriindu-i unui alt medic, în căutarea unui ajutor, Hume l-a întrebat „ai întâlnit vreodată printre cărturarii pe care îi cunoști pe cineva afectat în acest mod? Pot oare să sper că mă voi însănătoși? Am mult de așteptat? Însănătoșirea va fi deplină, iar spiritul meu se va întoarce la elanul și vigoarea de dinainte, astfel încât să poată îndura truda cugetării profunde și pătrunzătoare?"[3] În cele din urmă, Hume s-a însănătoșit: după publicarea *Tratatului asupra naturii umane* în 1739, se pare că nu a mai suferit și a ajuns poate unul dintre cei mai importanți filozofi care au scris în engleză.

Filozoful politic John Stuart Mill a suferit o cădere nervoasă asemănătoare. În toamna anului 1826, când avea 20 de ani, Mill a trecut printr-un colaps afectiv total despre care va scrie în celebrul capitol al cincilea, „O criză din trecutul stării mele mintale", din autobiografia sa. În acea „iarnă melancolică" s-a aflat, scrie el, într-o stare neîncetată de „depresie", „deznădejde" și „nervi mohorâți". S-a găsit atât de paralizat de o „dureroasă conștiință de sine", încât de-abia putea funcționa. (Asta mă face să mă gândesc la romancierul David Foster Wallace, un alt geniu doborât de anxietate acută.) După 18 luni de suferință neîncetată, Mill a scris „o mică rază de lumină a pătruns în dezolarea mea" când citea memoriile unui istoric francez: a hotărât că trebuia să fie mai puțin reprimat și analitic și să-și dezvolte facultățile afective și estetice. A înțeles că educația trudnică impusă de tatăl său „aspru și exigent" nu îl lăsase să aibă o copilărie și o viață afectivă normale. „Cultivarea sentimentelor a devenit un punct cardinal al crezului meu etic și filozofic", a scris el. Devenind mai receptiv față de propriile emoții (pe care le-a cultivat, de exemplu, citind poezia lui Wordsworth), a reușit să lase în urmă anxietatea și depresia.

știință suferă de anxietate sau depresie sau de amândouă.[4] El presupune că aceleași mecanisme cognitive sau neurobiologice care-i predispun pe anumiți oameni la tulburări de anxietate determină totodată tipul de gândire creativă care duce la marile descoperiri științifice. Când Sir Isaac Newton a inventat calculul diferențial, timp de zece ani, nimeni nu a știut asta – fiindcă era prea anxios și deprimat pentru a spune cuiva. (Câțiva ani agorafobia nu i-a permis să iasă din casă.) Poate că, dacă pe Darwin anxietatea nu l-ar fi obligat să rămână în casă zeci de ani, nu ar fi reușit să-și încheie vreodată lucrarea despre evoluționism. Cariera lui Sigmund Freud aproape a fost deraiată la început de groaznica lui anxietate și îndoială de sine; a depășit asta și a devenit o figură importantă și cu o influență intelectuală semnificativă asupra unor întregi generații de psihoterapeuți. Odată stabilită reputația lui de mare om de știință, Freud și acoliții săi au încercat să impună imaginea bărbatului întotdeauna sigur de el. Dar din scrisorile din tinerețe reiese altceva.[i5]

---

[i]) Ernest Jones, primul gardian al moștenirii lui Freud, a afirmat o dată că doar „detaliile neinteresante" fuseseră excluse din colecția scrisorilor lui Freud pe care o publicase. Dar printre aceste scrisori omise în mod strategic erau aproximativ 130 către prietenul său Wilhelm Fliess, dintre care multe constau într-o litanie de plângeri nevrotice și ipohondrice.

„Nu am fost scutit de simptome nici măcar o jumătate de zi, iar dispoziția mea și capacitatea de muncă sunt cu adevărat diminuate", îi scria Freud lui Fliess la începutul lunii mai a anului 1894. Scrisorile omise sunt pline de rapoarte de simptome, repetate iar și iar. Conform propriei relatări, Freud suferea de migrene, dureri în tot corpul, tot felul de tulburări intestinale și nesfârșite palpitații care l-au făcut să prezică într-una dintre scrisori că va muri la 50 și ceva de ani de „ruptură miocardică". Încercările lui (eșuate) de a renunța la trabucuri i-au declanșat o amplificare a simptomelor fizice: „Mă simt bătrân, lent, nesănătos". Când tatăl lui a murit în 1896, a vorbit despre un interes aparent fobic față de moarte, pe care a numit-o „delirul lui despre moarte".

Aceasta nu prea este imaginea unui stăpân al minții, stoic, sigur de el, pe care a încercat să o proiecteze. „Este prea tulburător pentru un om al medicinei care-și petrece toate orele zilei străduindu-se să înțeleagă nevrozele, să nu știe dacă suferă de o depresie ușoară justificabilă sau ipohondrică", i-a scris Freud lui Fliess. În scrisorile lui se găsesc nenumărate gânduri melancolice și

Nu, anxietatea singură nu o să te facă un poet laureat al Premiului Nobel sau un om de știință care ajunge la vreo descoperire spectaculoasă. Dar s-ar putea să lucrezi mai bine dacă îți folosești corect temperamentul anxios. Jerome Kagan, care a petrecut mai bine de 60 de ani studiind oamenii cu temperament anxios, consideră că angajații anxioși sunt angajați mai buni. De fapt, spune el, a învățat să nu angajeze decât persoane cu temperament foarte reactiv ca asistenți de cercetare. „Sunt compulsivi, nu fac greșeli, sunt atenți când codează informațiile"[6], a spus el pentru revista *New York Times*. Sunt „în general conștiincioși și bine pregătiți într-un mod aproape obsesional". Presupunând că nu sucombă în fața tulburărilor de anxietate, „este probabil ca indivizii care au tendința să se îngrijoreze să fie cei mai scrupuloși angajați și cei mai atenți prieteni", după cum a formulat *The Times*. Alte cercetări confirmă observațiile lui Kagan. Un studiu[7] realizat în 2012 de psihiatrii de la Centrul Medical din cadrul Universității din Rochester a descoperit că persoanele conștiincioase și care au o tendință nevrotică accentuată sunt mai contemplative, mai orientate

---

negative față de sine: crede că va muri necunoscut, că lucrările lui sunt „gunoi", că toată munca lui nu va duce la nimic. Uneori pare că nu poate supraviețui, nefiind nicidecum vorba de succes, în domeniul pe care l-a ales. „Am trecut printr-un fel de experiență nevrotică", scria el la 22 iunie 1897, copleșit de „gânduri negre, îndoieli voalate, doar cu o rază de lumină ici și colo".

„Nici acum nu știu ce se întâmplă cu mine", scria el câteva săptămâni mai târziu. „Ceva din cele mai profunde adâncuri ale nevrozei mele se împotrivește oricărui progres în înțelegerea nevrozelor."

În august 1897, Freud i-a scris lui Fliess de la Bad Aussee, Austria, unde se afla în concediu împreună cu familia. Freud nu era fericit: trecea „printr-o perioadă de proastă dispoziție" și era „chinuit de îndoieli grave în legătură cu teoria mea asupra nevrozelor". Concediul nu a contribuit la „diminuarea agitației minții și sentimentelor mele". În ciuda clientelei sale crescânde, Freud scria că „pacientul de care mă ocup cel mai mult sunt eu însumi". În vara următoare, într-un alt concediu, spunea nefericit că lucrarea lui avansa greu și că era lipsit de motivație. „Secretul acestei neliniști este isteria", a tras el concluzia în mod remarcabil, atribuindu-și afecțiunea pe a cărei vindecare își mizase cariera.

spre scop, mai organizate și au o capacitate peste medie de organizare; tind să fie angajați mai eficienți și mai performanți – și tind să se îngrijească mai bine de propria stare fizică de sănătate decât ceilalți angajați. („Este probabil ca acești oameni să cântărească consecințele acțiunilor lor", a spus Nicholas Turiano, coordonatorul cercetării. „Nivelul lor de nevrotism și conștiinciozitatea îi pot împiedica să se angajeze în comportamente de risc.") Un studiu[8] din 2013 publicat în *Academy of Management Journal* a descoperit că nevroticii contribuie mai mult decât au prezis managerii la proiectele de grup, în timp ce extravertiții contribuie mai puțin, contribuțiile nevroticilor devenind și mai valoroase în timp. Coordonatorul studiului, Corinne Bendersky, profesor asociat la Școala Anderson de Management de la UCLA, spune că dacă ea ar selecta personalul pentru un proiect de grup „Aș selecta mai mulți nevrotici și mai puțini extravertiți decât mi-ar spune instinctul"[9]. În 2005, cercetătorii de la Universitatea din Wales au publicat un studiu[10] –„Pot persoanele care au tendința de a se îngrijora să fie învingători?" – în care afirmau că managerii financiari cu un nivel înalt de anxietate aveau tendința de a fi cei mai buni și mai eficienți manageri atâta timp cât îngrijorarea lor era însoțită de un IQ înalt. Cercetătorii au ajuns la concluzia că persoanele inteligente care tind să-și facă griji ajung la cele mai bune rezultate.[i]

Din nefericire, corelația pozitivă dintre îngrijorarea și performanța la slujbă a dispărut când persoanele care tindeau să se îngrijoreze aveau un IQ scăzut. Dar unele descoperiri sugerează că îngrijorarea excesivă este în sine asociată cu un IQ înalt. Dr. W. spune că pacienții anxioși tind să fie cei mai inteligenți pacienți. (În experiența lui, avocații anxioși tind să fie și deosebit de inteligenți – pricepuți nu doar la anticiparea eventualităților juridice, ci și la imaginarea celor mai rele scenarii cu privire la ei înșiși.) Observațiile anecdotice ale dr. W. sunt susținute de studii științifice

[i]) „Anxietatea este o componentă importantă a cogniției motivate, este esențială pentru funcționarea eficientă în situații care presupun precauție, autodisciplină și în general anticipare a amenințărilor", au scris cercetătorii.

recente. Unele cercetări au descoperit o corelație destul de directă: cu cât ai un IQ mai mare, cu atât e mai probabil să ai tendința de a-ți face griji; cu cât ai un IQ mai mic, cu atât este mai puțin probabil să te îngrijorezi. Un studiu publicat în 2012 în *Frontiers in Evolutionary Neuroscience* a descoperit că scorurile IQ mari corelează cu un nivel înalt al tendinței de îngrijorare la oamenii diagnosticați cu tulburare anxioasă generalizată.[11] (Oamenii anxioși se pricep foarte bine să prevadă posibilele urmări negative.) Jeremy Coplan, principalul autor al studiului, spune că anxietatea este adaptativă din punct de vedere evoluționist pentru că „adeseori apare un pericol neprevăzut". Când se întâmplă asta, este mai probabil ca persoanele anxioase să fie mai bine pregătite pentru supraviețuire. Unii oameni, spune Coplan, chiar sunt atât de proști, încât „sunt incapabili să vadă vreo amenințare, chiar și atunci când pericolul este iminent"; mai mult, „dacă oamenii ăștia sunt în posturi de lideri o să arate populației generale că nu există motive de îngrijorare". Coplan, profesor de psihiatrie la State University of New York Downstate Medical Center, spune că anxietatea poate constitui o trăsătură pozitivă a liderilor politici – și că absența anxietății poate fi periculoasă. (Unii comentatori au sugerat, pe baza unor asemenea descoperiri, că principalul motiv al crahului economic din 2008 a fost că politicienii și bancherii au fost proști sau insuficient de anxioși sau amândouă.)

Bineînțeles, aceste corelații nu sunt universale: există o grămadă de imprudenți sclipitori și de proști care-și fac griji. Și, ca întotdeauna, asta vine la pachet cu faptul că anxietatea este productivă mai ales dacă nu e într-atât de excesivă încât să fie debilitantă. Dar dacă ești anxios, poate te încurajează colecția din ce în ce mai mare de dovezi care arată că există o legătură între anxietate și inteligență.

Anxietatea poate fi legată de asemenea și de comportamentul moral și de leadershipul eficient. La un moment dat, soția mea a cugetat cu voce tare ce aș avea de pierdut dacă aș fi întru totul vindecat de anxietate – și ce ar avea *ea* de pierdut dacă eu n-aș mai avea un temperament anxios.

— Urăsc anxietatea ta, a spus ea, și urăsc că te face nefericit. Dar dacă sunt la tine lucruri pe care le iubesc și care sunt legate de anxietatea ta? Dacă te vindeci de anxietate și se dovedește că nu ești decât o jigodie? a întrebat ea ajungând în miezul problemei.

Presupun că s-ar putea – dat fiind că anxietatea mă face să fiu inhibat și sensibil social, sunt mai bine ajustat la ceilalți oameni și un partener mult mai tolerabil decât aș fi altfel. Evident, piloții de vânătoare au rate neobișnuit de mari de divorț – fapt care s-ar putea să aibă de-a face cu nivelurile lor scăzute de anxietate și cu nivelul bazal scăzut de activare a sistemului nervos autonom, amândouă legate nu doar de nevoia de aventură (satisfăcută prin pilotarea unui avion de vânătoare sau prin implicarea într-o relație extraconjugală), ci și de o anumită obtuzitate interpersonală, o lipsă de sensibilitate la indiciile sociale subtile venite din partea partenerilor.[i][12] Persoanele anxioase, dat fiind că scanează vigilent mediul pentru detectarea amenințărilor, tind să fie mai acordate la emoțiile celorlalți oameni și la semnalele sociale decât împătimiții de adrenalină.

Noțiunea de legătură între anxietate și moralitate precedă cu mult descoperirile științei moderne sau intuiția soției mele. Sfântul Augustin credea că frica este adaptativă pentru că îi ajută pe oameni să se comporte moral. (Același lucru credeau și Thomas Burgess și Charles Darwin despre anxietate și înroșire: frica de a nu se purta greșit ajută primatele și oamenii să se comporte „corect", fapt ce menține eticheta socială.) Filozofii pragmatiști Charles Sanders Peirce și John Dewey considerau că aversiunea oamenilor la emoții negative ca anxietatea, rușinea și vinovăția oferă un fel de motivație psihologică pentru comportamentul etic. Mai mult, studiile psihologice asupra infractorilor au descoperit că aceștia au în general un nivel scăzut de anxietate și o amigdală slab reactivă. (Infractorii tind de asemenea să aibă și IQ-uri sub medie.)

În primele capitole am vorbit despre cum sute de studii pe primate realizate în ultima jumătate de secol au descoperit în

---

[i]) În cadrul Forțelor Aeriene există cea mai mare rată de divorț din serviciile militare ale SUA, și nouă din zece divorțuri sunt inițiate de soții.

diverse moduri că, în cazul oamenilor și altor animale, o combinație de anumite gene și niveluri ridicate de stres la începutul vieții pot duce la un comportament anxios și depresiv care durează întreaga viață. Însă studii[13] recente asupra maimuțelor rhesus, realizate de Stephen Suomi la Laboratorul de Etologie Comparativă din cadrul NIH, au descoperit că atunci când maimuțele anxioase sunt luate la începutul vieții de lângă mamele lor anxioase și date în grija unor mame neanxioase se întâmplă un lucru fascinant: aceste maimuțe prezintă pe parcursul dezvoltării niveluri *mai mici* de anxietate decât frații și surorile lor biologice – și este interesant că au de asemenea *tendința de a deveni masculii alfa ai grupului*. Asta sugerează că un anumit nivel de anxietate nu numai că îți sporește șansele de a trăi mai mult, ci și, în circumstanțele potrivite, te poate face să fii un lider mai bun.

Anxietatea mea poate fi intolerabilă. Mă face adesea să sufăr. Dar este poate și un dar – sau cel puțin cealaltă față a monedei pe care ar trebui să mă gândesc de două ori înainte să o schimb. Poate că anxietatea mea e legată de orice simț moral pe care aș îndrăzni să mi-l atribui. Mai mult, aceeași imaginație anxioasă care uneori mă înnebunește de îngrijorare îmi oferă totodată posibilitatea de a-mi face planuri în mod eficient pentru situații neprevăzute sau consecințe nedorite pe care alți oameni, cu temperamente mai puțin vigilente, nu le-ar vedea. Judecata socială rapidă care vine la pachet cu anxietatea mea de performanță este utilă și pentru că mă ajută să evaluez repede situațiile și să știu să interacționez cu oamenii și să dezamorsez conflictele.

În sfârșit, la un nivel evoluționist elementar, s-ar putea chiar ca anxietatea să mă țină în viață. Este mai puțin probabil ca eu, spre deosebire de voi, oameni îndrăzneți și necugetați (voi, piloți de vânătoare și escroci, cu nivelurile voastre scăzute de activare a sistemului nervos autonom), să mor într-un accident de sport sau să provoc o luptă în care să sfârșesc împușcat.[i]

[i]) Pe de altă parte, e mai probabil să mor prematur de vreo boală provocată de stres.

În eseul său „The Wound and the Bow" („Rana și arcul") din 1941, criticul literar Edmund Wilson scrie, referindu-se la eroul tragediei lui Sofocle, Filoctet, fiul unui rege a cărui rană la picior provocată de mușcătura unui șarpe, supurândă și veșnic nevindecată, însoțea darul măiestriei infailibile de arcaș, că „boala rău mirositoare" este inseparabilă de „arta supraomenească" a tragerii cu arcul.[i] Întotdeauna m-a atras această parabolă: aici stă, în exprimarea romancierei Jeanette Winterson, „alăturarea rănii și a darului", intuiția că în slăbiciune și dizgrație se află și potențialul transcendenței, eroismului sau salvării. Anxietatea mea rămâne o rană nevindecată care uneori mă trage înapoi și mă umple de rușine – dar, în același timp, poate fi sursă de putere și dătătoare de binecuvântări.

[i]) Wilson vorbește în acest eseu despre legătura dintre artă și suferința psihică la scriitori ca Sofocle, Charles Dickens, Ernest Hemingway, James Joyce și Edith Wharton.

CAPITOLUL 12

Reziliență

Anxietatea nu poate fi evitată, dar poate fi redusă. Problema gestionării anxietății constă în reducerea acesteia la niveluri normale și apoi la utilizarea acestei anxietăți normale ca stimulare a conștientizării, vigilenței și gustului pentru viață.

— Rollo May, *The Meaning of Anxiety* (*Sensul anxietății*) (1950)

Eseistul, poetul și lexicograful Samuel Johnson a fost un faimos intelectual melancolic în sensul clasic, chinuit de ceea ce Robert Burton numea „boala învățaților". În 1729, când avea 20 de ani, Johnson a fost „copleșit de o ipohondrie oribilă, de perpetuă nemulțumire, agitație și nerăbdare; și de o deznădejde, mâhnire și disperare care-i făceau existența să fie suferință", după cum a scris James Boswell în a cartea sa *Life of Samuel Johnson* (*Viața lui Samuel Johnson*). „De această posomorâtă maladie nu s-a vindecat niciodată întru totul." („Pare foarte probabil să fi fost întru câtva provocată de un defect al sistemului său nervos", a tras concluzia Boswell.) Un alt biograf a scris că era „o groaznică stare de spirit în care sentimentele de anxietate intensă alternau cu sentimentele de deplină lipsă de speranță". Numeroși contemporani au observat ciudatele ticuri și zvâcniri ale lui Johnson, ceea ce sugerează că avea OCD. Părea să aibă și ceea ce astăzi am numi agorafobie. (I-a scris o dată unui magistrat rugându-l să-i permită să nu-și îndeplinească obligația de a face parte dintr-un juriu pentru că „aproape leșina [...] în orice loc public".) Johnson însuși vorbește despre „melancolia morbidă" de care suferea și îl îngrijora neîncetat posibilitatea ca dezolarea lui să ajungă nebunie deplină. Pe lângă faptul că se adâncea frecvent în *Anatomia melancoliei* a lui Burton, Johnson citea mult și din literatura medicală clasică și contemporană.

Disperat să nu înnebunească, Johnson – la fel ca Burton înaintea lui – s-a agățat de ideea că pasivitatea și obiceiurile trândave erau un teren fertil pentru anxietate și nebunie și că modul cel mai nimerit de a le combate era să fie constant ocupat și să aibă o rutină, cum ar fi să se trezească în fiecare zi la aceeași oră. „Imaginația", spunea el, „niciodată nu se înstăpânește într-atât asupra minții ca atunci când o găsește goală și nefolosită". Așa că se străduia mereu să-și ocupe timpul cu ceva și să-și impună un orar zilnic. Ce mă face cel mai mult să-l îndrăgesc pe Johnson este încercarea lui de-o viață – și pur și simplu inutilă – de a se trezi mai devreme. Câteva mostre reprezentative din jurnalele sale:

7 septembrie 1738: „O, Doamne, ajută-mă [...] să recuperez timpul *pierdut în trândăvie*."
1 ianuarie 1753: „Să mă trezesc devreme să nu pierd timpul."
13 iulie 1755: „Voi alcătui iarăși *un plan de viață*. [...] (1) să mă trezesc devreme."
Ajunul Paștelui, 1757: „Doamne Atotputernic [...] *Ajută-mă să mă lepăd de trândăvie*."
Paște, 1759: „Ajută-mă, Doamne, să rup lanțul răului obicei. Ajută-mă să mă lepăd de lene și trândăvie."
18 septembrie 1760: „Am hotărât [...] să mă trezesc devreme [...] să mă împotrivesc lenei."
21 aprilie 1764: „Țelul meu de aici înainte (1) Să mă împotrivesc gândurilor aducătoare de lene. Să găsesc feluri utile de petrecere a timpului liber. (2) Să evit trândăvia. Să mă trezesc devreme."
Ziua următoare (3:00 a.m.): „Izbăvește-mă de suferințele înspăimântării fără de temei [...] de gânduri neprielnice și de lene."
18 septembrie 1764: „Hotărăsc să mă trezesc devreme, *nu mai târziu de șase dacă pot*."
Duminica Paștelui, 1765: „Am hotărât *să mă trezesc la opt* [...]. Intenționez să mă trezesc la opt pentru că, deși nu mă voi trezi devreme, va fi totuși mult mai devreme decât acum, când adesea rămân în pat până la două."

1 ianuarie 1769: „Nu sunt încă într-o stare în care să iau multe hotărâri; intenționez și sper să *mă trezesc* [...] *la opt și, treptat, la șase*."

1 ianuarie 1774 (2:00 a.m.): „Să mă trezesc la *opt* [...]. Principala cauză a deficienței mele a fost traiul *nesistematic și neregulat* care sfidează orice scop [...] și poate lasă prea multă libertate imaginației."

Vinerea Mare, 1775: „Când mă uit înapoi la hotărârile de a fi mai bun și de a mă îndrepta, pe care an după an le-am încălcat; [...] de ce încerc încă să iau asemenea hotărâri? Încerc pentru că îndreptarea este necesară, iar disperarea criminală [...]. Țelul meu este ca de la Paște încolo să mă trezesc devreme, nu mai târziu de opt."

2 ianuarie 1781: „*Nu mă voi lăsa cuprins de disperare.* [...] Speranța mea este (1) să mă trezesc la opt sau mai devreme. [...] (5) să evit trândăvia."

Johnson nu a putut niciodată să se trezească devreme și a petrecut multe nopți lucrând până aproape de zori sau bătând străzile Londrei chinuit de fricile și fobiile lui.[i]

Însemnările din jurnalul lui Johnson, după cum probabil se observă, se întind peste 40 de ani – de când avea 20 și ceva de ani până la 70 și ceva de ani – și nu putem ști ce este mai grav: inutilitatea eforturilor sale de a se scutura de trândăvie și de a se trezi devreme sau angajamentul lui deplin de a continua să încerce în ciuda faptului că știa că e inutil. (După cum a scris în jurnal la 1 iunie 1770, „Fiecare om se convinge că-și poate respecta hotărârile și nu-și dă seama de imbecilitatea lui decât odată cu trecerea timpului și frecvența experimentului"). Walter Jackson Bate, cel mai mare

[i]) Cercetări recente asupra ritmului circadian sugerează că dificultatea de a te trezi devreme nu este (întru totul) un defect de caracter, ci mai degrabă o trăsătură determinată genetic: ritmul circadian al unor oameni îi face ceea ce cercetătorii numesc „porumbei de dimineață" – persoane care se dau ușor jos din pat și pe care îi ia somnul seara –, în timp ce alții sunt „bufnițe de noapte" – ard cu folos gazul din lampă și dimineața nu se pot da jos din pat.

biograf modern al lui Johnson, a compilat pentru prima dată multe dintre aceste însemnări în anii '70, când era în vogă psihobiografia în stilul freudian. Bate a sugerat că aceste intrări – și în general nesfârșitele îndemnuri ale lui Johnson de a se ameliora – dovedesc un supraeu ale cărui solicitări sunt prea perfecționiste, și a susținut că mustrările constante din partea acestuia, alături de stima scăzută de sine care îl însoțea în mod firesc, explicau „anxietatea depresivă" a lui Johnson și numeroasele lui simptome psihosomatice.[1] Pentru Johnson, „pericolul" indolenței era ca, după cum a scris prietenul lui, Arthur Murphy, „spiritul său, neangajat în afară, să se îndrepte spre interior cu ostilitate. Reflecțiile asupra propriei vieți și comportări erau întotdeauna severe; și, dorindu-și să fie imaculat, și-a distrus pacea prin scrupule inutile". Când Johnson și-a evaluat viața, scrie Murphy, „nu a descoperit altceva decât o găunoasă pierdere de vreme, unele boli ale trupului și tulburări ale minții, foarte aproape de nebunie. Viața lui, spune el, din prima copilărie a fost risipită lenevind în pat; iar marele lui păcat a fost încetineala generală spre care a fost întotdeauna aplecat și, într-o parte a vieții, aproape constrâns de melancolie și osteneala minții". Căutând perfecțiunea pentru a putea să aibă o părere bună despre sine, Johnson manifestă trăsăturile clasice a ceea ce Karen Horney, influenta psihanalistă freudiană, numea personalitate nevrotică. Conform lui Bate, scrierile lui Johnson, „care adesea anticipează [...] psihiatria modernă", se ocupă de „modul în care suferința omenirii provine din incapacitatea indivizilor de a avea o părere bună despre ei înșiși și despre cât de multă invidie și alte rele izvorăsc de aici". După cum a spus Johnson însuși, interesul său pentru biografie ca gen literar – printre operele lui se numără *The Lives of the Poets* (*Viețile poeților*) și alte schițe biografice – era motivat nu atât de înțelegerea modului în care omul „ajunge să fie fericit" sau în care „nu mai este în grațiile regelui", ci de înțelegerea „modului în care ajunge să fie nemulțumit de el însuși".

Dar iată o informație interesantă: oricât ar fi fost de nemulțumit de el însuși și oricât de des s-ar fi mustrat pentru lâncezeală

și pentru că stătea în pat până la două după-amiaza, Johnson a fost extrem de productiv. În ciuda faptului că scotea eseuri pe bandă rulantă pentru bani („doar un neghiob" ar face altfel, după cum a spus o dată), nu era un scriitor de duzină. O parte dintre scrierile lui – protoromanul *Rasselas*, poemul *The Vanity of Human Wishes* (*Deșertăciunea dorințelor omenești*), cel mai bun eseu al său – sunt texte de căpătâi ale canonului occidental. Am în bibliotecă *The Works of Samuel Johnson* (*Opera lui Samuel Johnson*) în 16 volume groase – și asta fără cartea sa cea mai faimoasă, dicționarul masiv pe care l-a alcătuit. Evident, autoevaluarea lui Johnson în privința talentului și realizărilor lui nu erau în acord cu realitatea – ceea ce, după cum au arătat cercetările clinice recente, se întâmplă adesea în cazul oamenilor predispuși la melancolie.[i]

Prin efortul permanent de autoperfecționare și prin menținerea productivității literare în ciuda chinului emoțional, Johnson prezenta o formă de reziliență – trăsătură pe care psihologia modernă a descoperit-o ca fiind un scut puternic împotriva anxietății și depresiei. Cercetările asupra anxietății, în mod tradițional centrate pe aspectele negative ale oamenilor cu patologii anxioase, se axează din ce în ce mai mult pe lucrurile care îi fac pe oamenii sănătoși să fie rezistenți la tulburările de anxietate și la alte afecțiuni clinice. Dennis Charney, profesor de psihiatrie și neuroștiințe la Facultatea de Medicină Icahn de la Mount Sinai, a studiat prizonierii de război americani din războiul din Vietnam care, în ciuda traumelor prin care au trecut, *nu* au dezvoltat depresie sau PTSD. Mai multe studii realizate de Charney și de alții au descoperit că reziliența și acceptarea au fost lucrurile care le-au permis acestor prizonieri de război să țină la distanță anxietatea clinică și căderea nervoasă care i-au afectat pe atâția alții. Principalele zece elemente și caracteristici psihologice identificate de Charney sunt optimismul, altruismul, faptul de a avea o

[i]) De fapt, cercetări interesante au descoperit că oamenii cu depresie clinică tind să se autoevalueze *mai precis* decât cei sănătoși, ceea ce indică faptul că un volum mare de autoamăgire – a crede că ești mai bun sau mai capabil decât ești de fapt – este util pentru sănătatea mintală și pentru succesul profesional.

busolă morală sau un set de convingeri de nezdruncinat, credința și spiritualitatea, umorul, faptul de a avea un model de rol, sprijinul social, înfruntarea fricii (sau ieșirea din zona de confort), faptul de a avea un scop sau un sens al vieții și obișnuința de a înfrunta și de a depăși provocările.[2] Alte cercetări sugerează că reziliența este asociată cu un volum mare al neuropeptidei Y (NPY) – și, deși nu e clar care e cauza și care e efectul (dacă temperamentul rezilient determină secreția de NPY sau dacă NPY determină temperamentul rezilient sau dacă, cel mai probabil, e vorba de o combinație a celor două), unele dovezi indică faptul că nivelul de NPY are o semnificativă componentă genetică.[i]

M-am plâns doctorului W. că, judecând după cei 30 de ani de eforturi inutile, probabilitatea de a mă vindeca de anxietate într-atât încât să ofer un final încurajator acestei cărți pare deprimantă. I-am spus despre ultimele cercetări asupra anxietății, fascinante și pline de speranță – dar apoi am observat, cum mai făcusem și înainte, că nu mă simt prea rezilient. De fapt, i-am spus, am acum dovezi palpabile că sunt predispus genetic să *nu* fiu rezilient: sunt configurat biologic, la nivel celular, să fiu anxios și pesimist și *ne*rezilient.

— Ăsta e motivul pentru care îți spun întruna că urăsc toate cercetările moderne care pun accentul pe genetica și neurobiologia tulburării mintale, spune el. Ele subliniază concepția că mintea e o structură fixă și imuabilă, când de fapt se poate schimba pe parcursul vieții.

I-am spus că știu toate astea. Și, mai mult, știu că expresia genelor este influențată de factorii de mediu și că, în orice caz, limitarea ființei umane la gene sau la mediu este absurd de reducționistă.

Dar tot nu mă simt foarte rezilient.

— Ești mai rezilient decât crezi, spune el. Tot timpul spui „Nu pot să fac asta" sau „Nu pot să fac astalaltă". Și totuși faci multe

[i]) Așa cum am văzut în capitolul 9, Jerome Kagan, Kerry Ressler și alții sugerează că genele joacă un rol important în determinarea nivelurilor înnăscute de nevrotism și reziliență.

pentru o persoană anxioasă – faci multe punct. Gândește-te numai prin ce-a trebuit să treci ca să termini cartea.

Când termenul-limită pentru predarea acestei cărți era paralizant de aproape, am început să lucrez cu jumătate de normă în slujba de redactor de revistă ca să mă pot concentra pe scris. Decizia asta nu a fost fără riscuri: să arăt că nu sunt indispensabil în cadrul unei companii care și-a redus personalul, într-o industrie (jurnalismul) care se restrânge masiv și care e poate pe moarte și într-o economie care o duce cel mai rău de la marea criză economică încoace, nu a fost cel mai bun mod de a-mi consolida siguranța postului. Dar, din ce în ce mai panicat că o să depășesc termenul-limită și o să-mi arunc familia în faliment, am calculat că jumătatea de normă era cel mai bun pariu. Speram că timpul liber pe care îl obțineam astfel, combinat cu presiunea apropierii termenului-limită, va crea condițiile necesare pentru un spasm de productivitate.

Nu s-a întâmplat asta. Iată ce s-a întâmplat:

Chiar în prima zi în care începea munca mea cu jumătate de normă, soția mea până atunci sănătoasă s-a îmbolnăvit de o afecțiune misterioasă și îndelungată care a dus la mai multe programări la medici (la interniști, alergologi, imunologi, endocrinologi) și la o serie de diagnostice neconcludente (lupus, artrită reumatoidă, tiroidită Hashimoto, boala Graves și altele). Câteva zile după asta, soția mea întru totul supusă legii a fost acuzată (pe nedrept și absurd; e o poveste lungă) de o infracțiune și a trebuit să plătim mii de dolari pe cheltuieli judiciare și să facem mai multe drumuri la tribunal. Cam în aceeași perioadă, cel de-al doilea soț al mamei mele a părăsit-o pentru altă femeie și ei (mama și curând-fostul-meu-tată-vitreg) au început procedurile de divorț care mă temeam că o vor sărăci. Compania recent înființată de tatăl meu, care speram că va contribui la finanțarea educației universitare a copiilor mei, și-a pierdut fondurile și a intrat în colaps. Așa că, în fața computerului zi după zi în perioada în care pasămite scriam la carte, am petrecut mai puțin timp scriind decât îngrijorându-mă pentru sănătatea soției mele și verificând compulsiv

conturile noastre bancare care se împuținau pe măsură ce banii ieșeau mult mai rapid decât intrau.

Și apoi, într-o dimineață de august – ultima lună cu jumătate de normă –, m-am trezit în zgomot de fulgere aprige și vuiet de furtună. Ramuri și pietre au început brusc să bată în fereastra dormitorului. Am sărit din pat și am dat să ies din cameră, și în acel moment geamul s-a spart și cioburile au fost proiectate înăuntru. (Soția și copiii mei nu erau în oraș.) Am luat-o spre subsol și am trecut pe lângă bucătărie tocmai când tavanul s-a prăbușit – un copac căzuse prin acoperiș. Dulapurile erau smulse din pereți și aruncate la podea. Lustrele căzuseră din tavan și atârnau în aer de cabluri care scoteau scântei. O parte de izolație era prinsă de ce mai rămăsese din tavan și stătea ca o limbă atârnată. De sus țiglele cădeau și se împrăștiau pe linoleu. Prin gaura căscată în acoperiș se revărsa ploaia.

Am trecut prin sufragerie tocmai când un alt copac a căzut peste casă. Toate cele patru ferestre ale încăperii s-au spart în același timp și peste tot zburau cioburi. Cădeau zeci de copaci, unii smulși din rădăcină, alții rupți la 25 de metri de pământ.

Am luat-o în jos pe scări cu intenția de a mă refugia. Dar când am ajuns la subsol am văzut că pe podea apa era de vreo 10 centimetri și nivelul creștea rapid. Stând pe ultima treaptă, gândurile îmi alergau și mă întrebam ce se întâmpla (uragan? atac nuclear? cutremur? tornadă? invazie extraterestră?)[i], încercând să-mi dau seama ce să fac.

Cum stăteam acolo în boxeri, am devenit conștient de bătăile puternice ale inimii mele. Gura îmi era uscată, respirația rapidă, mușchii îmi erau tensionați, pulsul iute, adrenalina îmi curgea prin sânge – răspunsul de luptă-sau-fugă era activat pe deplin. În timp ce-mi simțeam inima cum bate cu putere, mi s-a părut că senzațiile mele fizice erau asemănătoare cu cele dintr-un atac de panică sau dintr-un episod de teroare fobică. Dar chiar dacă acum pericolul era mult mai real decât într-un atac de panică, chiar dacă eram conștient

[i]) A fost, după cum a tras concluzia mai apoi compania de asigurări, „un eveniment de tip tornadă".

că se putea să fiu rănit sau (cine știe) să mor dacă s-ar fi prăbușit acoperișul și dacă ar fi căzut copaci enormi, sufeream mai puțin decât în timpul unui atac de panică. Da, eram speriat, dar mă uimea forța Naturii, capacitatea ei de a dărâma în jurul meu casa aparent solidă și de a pune la pământ nenumărați copaci impunători. De fapt, era destul de [...] palpitant. Atacul de panică e mai rău.[i]

În următoarele câteva săptămâni am fost ocupat cu formalitățile companiei de asigurări, cu angajații companiei de reparații în caz de dezastru, cu agenții imobiliari și cu mutarea, și nu m-am ocupat deloc de carte. Pe măsură ce se scurgeau prețioasele zile ale perioadei cu jumătate de normă, m-am găsit din nou într-o situație sfâșietoare. Mă temeam că dacă nu mă întorceam la muncă îmi pierdeam slujba; dacă mă întorceam, probabil nu respectam termenul-limită (și poate îmi pierdeam slujba oricum). Și mai rău de atât ar fi fost să primesc din exterior o confirmare a convingerii mele din toți acești ani: că sunt un eșec – slab, dependent, anxios, nedemn.

— Scott! mi-a spus dr. W. când îi dădeam înainte cu lucrurile astea. Tu te auzi? Ai scris deja o carte. Întreții o familie. *Ai* o slujbă.

Mai târziu în acea zi mi-a trimis un e-mail:

Când făceam însemnările după întâlnirea noastră, mi-am dat seama că trebuie să interiorizezi mai bine feedbackul pozitiv [...]. *Abilitățile tale sunt departe de imaginea de inadecvare pe care o ai tot timpul în minte. Te rog, încearcă să asimilezi asta.*

I-am răspuns:

Voi încerca să asimilez comentariile astea – dar le voi da imediat deoparte sau mă voi retrage sau le voi raționaliza.

---

[i]) Ca o confirmare, două nopți mai târziu m-am trezit cu o durere de burtă care a declanșat instantaneu o panică mizerabilă și cutremurătoare și care m-a făcut să înghit disperat vodcă și Xanax și Dramamine în căutarea năvalnică a inconștienței – ceea ce probabil m-a expus unui risc mai mare de moarte decât furtuna care mi-a dărâmat casa.

Mi-a răspuns:

Scott, răspunsul automat e să dai deoparte feedbackul pozitiv. Ăsta e motivul pentru care schimbarea este atât de dificilă. Dar începutul acestui proces este să te împotrivești leviatanului negativ.

Tot ce ți se poate cere e să încerci.

Bineînțeles, ironia e că, așa cum îmi tot spune dr. W., calea către sănătatea mintală și absența anxietății este aprofundarea a ceea ce el numește, pe baza cercetării psihologului cognitivist Albert Bandura[3], autoeficacitate. (Bandura considera că demonstrarea repetată a propriei competențe și capacități de a stăpâni situațiile și faptul de a face asta în ciuda sentimentelor de anxietate, depresie sau vulnerabilitate duce la construirea încrederii în sine și a forței psihologice care pot constitui un scut puternic împotriva anxietății și depresiei.) Totuși, pentru a scrie această carte a trebuit să mă bălăcesc în rușinea, anxietatea și slăbiciunea mea, astfel încât să le conturez și să le ilustrez – o experiență care nu a făcut decât să confirme profunzimea și durata îndelungată a anxietății și vulnerabilității mele. Desigur, presupun că, și dacă scrierea acestei cărți mi-a intensificat sentimentele de rușine, anxietate și slăbiciune și a accentuat sentimentele de „dependență neajutorată" care, conform psihiatrilor de la Spitalul McLean, îl afectau pe străbunicul meu, m-a ajutat totodată să înțeleg că eforturile mele de a rezista efectului lor coroziv sunt o dovadă a faptului că am resursele pentru a le depăși. Poate că dacă am săpat în anxietatea mea pentru această carte pot să sap până ajung de cealaltă parte. Nu că aș putea să scap de anxietate sau să mă vindec. Dar în încheierea acestei cărți, deși e o carte care zăbovește îndelung asupra neajutorării și ineficienței mele, înseamnă poate că prezint o formă de eficacitate, perseverență, productivitate – și, da, reziliență.

Poate că de fapt nu sunt – în ciuda dependenței mele de medicamente, în ciuda flirtului meu cu internarea, în ciuda genotipului de patologie transmis de strămoșii mei, în ciuda vulnerabilității și

a ceea ce uneori pare agonia intolerabilă fizic și mental a anxietății mele – atât de slab pe cât cred că sunt. Să luăm ca exemplu prima frază a acestei cărți: „Am tendința nefericită de a ezita în momentele cruciale". Mi se pare adevărată. („Nevroticul", scrie Karen Horney în *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, „insistă cu tenacitate că este slab".) Și totuși, după cum îmi arată tot timpul dr. W., eu *chiar* am supraviețuit nunții mele și am reușit (până acum) să continui să fiu productiv și bine plătit timp de mai bine de 20 de ani, în ciuda anxietății adesea debilitante.

— Scott, spune el. În ultimii câțiva ani ai condus o revistă și ai editat multe dintre articolele principale, ai lucrat la cartea ta, ai avut grijă de familia ta și ai făcut față distrugerii casei tale și vicisitudinilor și provocărilor normale ale vieții.

Eu am răspuns că am reușit toate astea numai cu ajutorul medicației (uneori masive) – și că tot ce-am realizat a fost însoțit de îngrijorare constantă și de panică și a fost punctat de momente de cădere aproape totală, care întotdeauna mă expun riscului de a mă arăta drept nevolnicul anxios care sunt.

— Ai un handicap – tulburarea de anxietate, spune el. Totuși o gestionezi și, aș spune, chiar progresezi în ciuda ei. Eu tot cred că te putem vindeca. Dar între timp trebuie să recunoști că, date fiind lucrurile cu care lupți, ai realizat multe. Trebuie să-ți recunoști meritele.

Poate că încheierea și publicarea acestei cărți – și, da, recunoașterea rușinii și fricii mele în fața lumii – mă vor face mai puternic și vor reduce anxietatea.

Presupun că voi afla asta destul de curând.

Mulțumiri

Această carte probabil nu ar fi existat dacă Kathryn Lewis nu i-ar fi arătat, fără știrea mea, un e-mail cu gândurile mele neîncheg ate lui Sarah Chalfant de la Agenția Wylie – și aproape sigur nu ar exista dacă Sarah nu m-ar fi căutat și nu m-ar fi îmboldit, cu răbdare, dar neînduplecată, să vin cu o propunere concretă. Scott Moyers, în perioada în care a fost la Agenția Wylie, m-a ținut de mână în niște vremuri tulburi și mi-a oferit și vorbe înțelepte, și sfaturi practice. Andrew Wylie este tocmai cum spune legenda: un agent mare și redutabil – îl vrei de partea ta. Nu există campion al scriitorilor mai mare decât Andrew.

Marty Asher, un editor empatic, a înțeles imediat ce încercam să fac și entuziasmul lui față de carte a adus-o la Knopf. Căldura și numeroasele acte de bunătate ale lui Marty au susținut cartea (și pe mine) prin niște perioade dificile.

Îi sunt îndatorat de trei ori lui Sonny Mehta: în primul rând pentru că a semnat achiziționarea inițială a cărții de către Marty; în al doilea rând pentru răbdarea lui când scrierea nu progresa; și în al treilea rând pentru a-i fi trimis manuscrisul lui Dan Frank spre redactare. Dan s-a îngrijit de carte și a făcut-o mult mai bună. Am lucrat 20 de ani ca redactor și îmi place să cred că recunosc o redactare bună: Dan este un redactor strălucit și un om bun. Amy Schroeder a contribuit la descâlcirea prozei mele. Datorită lui Jill Verrillo, Garbielle Brooks, Jonathan Lazzara și Betsy Sallee, printre alții, este o plăcere să fii autor Knopf.

Sunt recunoscător pentru bursele acordate de taberele de creație Yaddo și MacDowell, care mi-au oferit timp și spațiu de lucru.

Numeroși oameni au contribuit cu idei, m-au îndrumat spre surse utile sau m-au sprijinit în alte moduri: Anne Connell, Meehan Crist, Kathy Crutcher, Toby Lester, Joy de Menil, Nancy Milford,

Cullen Murphy, Justine Rosenthal, Alex Starr și Graeme Wood. Alane Mason, Jill Kneerim și Paul Elie m-au ajutat dându-mi un feedback în privința cărții în faza inițială a propunerii, înainte să se fi structurat. Alies Muskin, directorul executiv al Asociației Americane pentru Anxietate și Depresie, mi-a oferit cu generozitate timp și date de contact.

Cumnatul meu, Jake Pueschel, mi-a fost un valoros asistent de cercetare – a găsit pentru mine sute de articole științifice și, mai important, m-a ajutat să procesez și să interpretez datele mele genetice. Părinții lui Jake, socrii mei, Barbara și Kris Pueschel, mi-au oferit sprijin deopotrivă moral și pentru îngrijirea copiilor – și au tolerat prea-frecventele mele absențe de la evenimentele familiale, când mă grăbeam să respect termenele-limită.

La *The Atlantic*, le sunt recunoscător colegilor (și foștilor colegi) care au suportat absențele mele periodice și mi-au ținut locul când eu lucram la carte – printre aceștia sunt Bob Cohn, James Fallows, Geoff Gagnon, James Gibney, Jeffrey Goldberg, Corby Kummer, Chris Orr, Don Peck, Ben Schwarz, Ellie Smith și Yvonne Rolzhausen. (În chestiunile administrative, Scott Havens, președintele *Atlantic*, Justin Smith, președintele Atlantic Media, și David Bradley, directorul și patronul Atlantic Media, au dat dovadă de binecuvântată toleranță oferindu-mi timp să lucrez la această carte.) Însă mai mult decât oricărui alt coleg de la *Atlantic* le sunt dator lui Jennifer Barnett, Mariei Streshinsky și lui James Bennet, care au rezolvat cu multă generozitate problemele provocate de absența mea. Mi-e teamă că i-am mâncat câțiva ani de viață lui James.

În ciuda a orice, le sunt recunoscător dr. L., dr. M., dr. Harvard, dr. Stanford și celorlalți terapeuți și asistenți sociali și hipnotizatori și farmacologi care nu au fost numiți sau care nu au mai intrat la montaj. Îi sunt în continuare recunoscător fără rezerve dr. W: îți mulțumesc pentru că mă ajuți să mă mențin pe linia de plutire.

Doresc să mulțumesc familiei mele – în special tatălui meu, mamei mele, surorii mele și bunicului meu. Îi iubesc pe toți. Nici unul din ei (cu excepția notabilă a tatălui meu) nu s-a bucurat că scriam această carte – și au fost și mai nemulțumiți să apară ei

însişi în ea. (Îi sunt recunoscător tatălui meu mai ales pentru că mi-a oferit acces la jurnalul lui.) Am încercat să fiu atât de precis şi de obiectiv pe cât mi-au permis memoria şi documentaţia limitată. Unii membri ai familiei ar pune la îndoială anumite lucruri despre care am scris aici. Mi-e teamă că o parte din ei văd lucrurile pe care le-am dezvăluit despre Chester Hanford ca o profanare a amintirii lui şi o distrugere a demnităţii lui. Vreau să spun că îl respect enorm şi sper ca în lupta cu propria mea anxietate să mă ridic la standardul de graţie, decenţă, bunătate şi perseverenţă pe care l-a reprezentat el. (Îi datorez mulţumiri bunicului meu, care – deşi a spus ferm că nu dorea să ştie ce scria în rapoartele psihiatrice ale tatălui său – a fost dispus să mă lase să aflu şi m-a ajutat să navighez prin aspectele juridice ale succesiunii pentru a face rost de ele.)

Ca întotdeauna, cele mai profunde mulţumiri soţiei mele, Susanna. A petrecut la început multe ore la Biblioteca Institutului Naţional de Sănătate căutând articole ştiinţifice şi cărţi. A depăşit orice aşteptare rezonabilă de sprijin acordat partenerului, ajutându-mă să răzbat prin hăţişurile şi impedimentele birocratice pentru a reuşi să am acces la rapoartele de sănătate mintală ale străbunicului meu. Şi, cel mai important, dacă ai citit această carte ştii că menţinerea mea într-o stare de echilibru este uneori o muncă dificilă şi ingrată. Această muncă apasă cel mai greu pe umerii Susannei – şi pentru asta n-o s-o pot niciodată răsplăti îndeajuns.

Note

1. NATURA ANXIETĂȚII

1. Informațiile despre costurile pe care le implică anxietatea și sănătatea mintală sunt preluate din „The Economic Burdens of Anxiety Disorders in the 1990s", un raport cuprinzător publicat în *The Journal of Clinical Psychiatry* 60, nr. 7 (iulie 1999).
2. Ronald Kessler, epidemiolog la Harvard, a studiat acest aspect zeci de ani. Vezi, de exemplu, articolul său „Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry* 62, nr. 6 (iunie 2005), pp. 593–602.
3. R.C. Kessler *et al.*, „Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers", *The American Journal of Psychiatry* 163 (2006), pp. 1561–1568. Vezi și „Economic Burdens".
4. U.S. Bureau of Labor Statistics, „Table R67: Number and Percent Distribution of Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Involving Days Away from Work by Nature of Injury or Illness a.nd Number of Days Away from Work, 2001".
5. *Drug Topics*, martie 2006.
6. „Taking the Worry Cure", *Newsweek*, 24 februarie, 2003. Vezi și Restak, *Poe's Heart*, p. 185.
7. Raport al Wolters Kluwer Health, companie de studii medicale, citat în Restak, *Poe's Heart*, p. 185.
8. Mental Health Foundation, *In the Face of Fear*, aprilie 2009, pp. 3–5.
9. „Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys", *The Journal of the American Medical Association* 291 (iunie 2004), pp. 2581–2590.
10. „Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature", *The Canadian Journal of Psychiatry* 51 (2006), pp. 100–113.
11. De exemplu, „Global Prevalence of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-regression", *Psychological Medicine* 10 (iulie 2012), pp. 1–14.
12. Vezi, de exemplu, „Content of Family Practice: A Data Bank for Patient Care, Curriculum, and Research in Family Practice – 526,196 Patient Problems", *The Journal of Family Practice* 3 (1976), pp. 25–68.

13. „The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Non-psychiatric Physicians", *Archives of General Psychiatry* 42 (1985), pp. 89–94.
14. „Panic Disorder: Epidemiology and Primary Care", *The Journal of Family Practice* 23 (1986), pp. 233–239.
15. „Quality of Care of Psychotropic Drug Use in Internal Medicine Group Practices", *Western Journal of Medicine* 14 (1986), pp. 710–714.
16. Vezi, de exemplu, Peter D. Kramer, „Tapping the Mood Gene", *The New York Times*, 26 iulie 2003. Vezi și Restak, *Poe's Heart*, pp. 204–212.
17. Thomas Insel, „Heeding Anxiety's Call" (prelegere susținută la 19 mai 2005).
18. Roccatagliata, *History of Ancient Psychiatry*, p. 38.
19. Maurice Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine", în *Historical Derivations of Modern Psychiatry*, p. 16.
20. Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine", p. 12.
21. Vezi, de exemplu, Rachel Yehuda *et al.*, „Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks During Pregnancy", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90, nr. 7 (iulie 2005), p. 4115; Rachel Yehuda *et al.*, „Gene Expression Patterns Associated with Posttraumatic Stress Disorder Following Exposure to the World Trade Center Attacks", *Biological Psychiatry* 66 (7) (2009), pp. 708–711.
22. Citat în Hunt, *Story of Psychology*, p. 72.
23. Vezi, de exemplu, „The Relationship Between Intelligence and Anxiety: An Association with Subcortical White Matter Metabolism", *Frontiers in Evolutionary Neuroscience* 3, nr. 8 (februarie 2012). (De asemenea, în privința IQ-ului evreilor: Steven Pinker, care în 2007 a susținut o prelegere intitulată „Jews, Genes, and Intelligence", spune că „IQ-ul lor mediu se situează între 108 și 115". Richard Lynn, autorul articolului din 2004 „The Intelligence of American Jews", spune că inteligența evreilor este cu o jumătate de deviație standard mai mare decât media europeană. Henry Harpending, Jason Hardy și Gregory Cochran, autorii de la Universitatea din Utah ai raportului de cercetare din 2005 „Natural History of Ashkenazi Intelligence", afirmă că subiecții lor „au scoruri cu .75 sau 1.0 deviație standard peste media generală europeană și care corespund unui IQ între 112 și 115".)
24. „The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation", *The Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18 (1908), pp. 459–482.
25. *Los Angeles Examiner*, 4 noiembrie 1957, citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 87.
26. *Los Angeles Examiner*, 23 martie 1958, citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 87.
27. Barlow, *Anxiety and Its Disorders*, p. 9.
28. James, *Varieties of Religious Experience*, p. 134.
29. Steve Coll, „The General's Dilemma", *The New Yorker*, 8 septembrie 2008.

1. Jaspers, *General Psychopathology*, pp. 113–114.
2. Lifton, *Protean Self*, p. 101.
3. Niebuhr, *Nature and Destiny*, vol. 1, p. 182.
4. Hoch și Zubin, *Anxiety*, V.
5. Theodore R. Sarbin, „Anxiety: Reification of a Metaphor", *Archives of General Psychiatry* 10 (1964), pp. 630–638.
6. Kagan, *What Is Emotion?*, p. 41.
7. Vezi, de exemplu, „Three Essays on the Theory of Sexuality", în Freud, *Basic Writings* („Trei eseuri asupra teoriei sexualității", în Freud, *Opereesențiale* – n. tr.).
8. Citat în Roccatagliatia, *History of Ancient Psychiatry*, p. 204.
9. Freud, *Problem of Anxiety*, p. 60 (*Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. rom. cit., p. 300 – n. tr.).
10. Horney, *Neurotic Personality*, p. 41 (*Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, Univers Enciclopedic, București, 2010, p. 34 – n. tr.).
11. Vezi, de exemplu, R. Spitzer și J. Fleiss, „A Re-analysis of the Reliability of Psychiatric Diagnosis", *The British Journal of Psychiatry* 125 (1974), pp. 341–347; Stuart A. Kirk și Herb Kutchins, „The Myth of the Reliability of *DSM*", *Journal of Mind and Behavior* 15, nr. 1–2 (1994), pp. 71–86.
12. Pentru mai multe informații despre tradiția stresului, vezi secțiunea „Anxiety and the Stress Tradition" în Horwitz și Wakefield, *All We Have to Fear*, pp. 200–204.
13. Burton, *Anatomy*, p. 261.
14. *Ibid.*, p. 431.
15. Breggin, *Medication Madness*, p. 331.
16. Kagan, *What Is Emotion?*, p. 83.
17. Vezi, de exemplu, „Fear and the Amygdala", *The Journal of Neuroscience* 15, nr. 9 (septembrie 1995), pp. 5879–5891.
18. Cannon, *Bodily Changes*, p. 74.
19. James, *Principles of Psychology*, p. 415.
20. Citat în Fisher, *House of Wits*, p. 81.
21. LeDoux, *Emotional Brain*, p. 107.
22. Această informație provine din cercetările realizate în Eric Kandel și descrise în Barber, *Comfortably Numb*, pp. 191–196.
23. Kagan, *What Is Emotion?*, p. 17.
24. Barlow, *Anxiety and Its Disorders*, p. 35.
25. Sapolsky, *Zebras*, p. 182.
26. Citat în Stephen Hall, „Fear Itself", *The New York Times Magazine*, 28 februarie 1999.
27. Gray și McNaughton, *Neuropsychology of Anxiety*, p. 12.

28. Maurice Charlton, „Psychiatry and Ancient Medicine", în Galdston, *Historic Derivations*, p. 15.
29. G. Desbordes *et al.*, „Effects of Mindful-Attention and Compassion Meditation Training on Amygdala Response to Emotional Stimuli in an Ordinary, Non-meditative State", *Frontiers of Human Neuroscience* 6 (2012), p. 292.
30. Vezi, de exemplu, Richard J. Davidson și Antoine Lutz, „Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation", *IEEE Signal Processing Magazine* 25, nr. 1 (ianuarie 2008), pp. 174–176.
31. Vezi, de exemplu, R.W. Levenson, P. Ekman și M. Ricard, „Meditation and the Startle Response: A Case Study", *Emotion* 12, nr. 3 (iunie 2012), pp. 650–658; pentru mai multe informații în privința contextului, vezi Tom Bartlett, „The Monk and the Gunshot", *The Chronicle of Higher Education*, 21 august 2012.
32. Richard A. Friedman, „Like Drugs, Talk Therapy Can Change Brain Chemistry", *The New York Times*, 27 august 2002.
33. William James a formulat asta pentru prima dată în „What Is an Emotion?", un articol pe care l-a publicat în revista de filozofie *Mind* în 1884.
34. S. Schachter și J.E. Singer, „Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State", *Psychological Review* 69, nr. 5 (1962), pp. 379–399. Joseph LeDoux oferă o bună descriere a acestui experiment și a istoriei teoriei James–Lange în *Emotional Brain*, pp. 46–49.
35. Tillich, „Existential Philosophy", *Journal of the History of Ideas* 5, nr. 1 (1944), pp. 44–70. (A apărut mai târziu, în cartea din 1959 a lui Tillich, *Theology of Culture*.)
36. Vezi, de exemplu, Gabbard, „A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy", *The British Journal of Psychiatry* 177 (2000), p. 11; A. Öhman și J.J.F. Soares, „Unconscious Anxiety: Phobic Responses to Masked Stimuli", *Journal of Abnormal Psychology* (1994); John T. Cacioppo *et al.*, „The Psychophysiology of Emotion", *Handbook of Emotions* 2 (2000), pp. 173–191.
37. Shawn, *Wish*, p. 10.
38. Joseph Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958, pp. 53–62.
39. Breger, *Dream*, p. 29.

CAPITOLUL 3: SE MIȘCĂ CEVA PRIN BURTĂ

1. David Barlow „Providing Best Treatments for Patients with Panic Disorder", Conferința anuală a Asociației Americane pentru Anxietate și Depresie, Miami, 24 martie 2006.
2. Lauren Slater, „The Cruelest Cure", *The New York Times*, 2 noiembrie 2003.
3. „A Phobia Fix", *The Boston Globe*, 26 noiembrie 2006.

4. J.K. Ritow, „Brief Treatment of a Vomiting Phobia", *American Journal of Clinical Hypnosis* 21, nr. 4 (1979), pp. 293–296.
5. Northfield, *Conquest of Nerves*, p. 37.
6. Harvard Medical School, *Sensitive Gut*, p. 71.
7. *Ibid.*, p. 72.
8. William E. Whitehead *et al.*, „Tolerance for Rectosigmoid Distention in Irritable Bowel Syndrome", *Gastroenterology* 98, nr. 5 (1990), p. 1187; William E. Whitehead, Bernard T. Engel și Marvin M. Schuster, „Irritable Bowel Syndrome", *Digestive Diseases and Sciences* 25, nr. 6 (1980), pp. 404–413.
9. Ingvard Wilhelmsen, „Brain–Gut Axis as an Example of the Bio-psycho-social Model", *Gut* 47, supl. 4 (2000), pp. 5–7.
10. Walter Cannon, „The Influence of Emotional States on the Functions of the Alimentary Canal", *The American Journal of the Medical Sciences* 137, nr. 4 (aprilie 1909), pp. 480–486.
11. Andrew Fullwood și Douglas A. Drossman, „The Relationship of Psychiatric Illness with Gastrointestinal Disease", *Annual Review of Medicine* 46, nr. 1 (1995), pp. 483–496.
12. Robert G. Maunder, „Panic Disorder Associated with Gastrointestinal Disease: Review and Hypotheses", *Journal of Psychosomatic Research* 44, nr. 1 (1998), p. 91.
13. Citat în Roccatagliata, *History of Ancient Psychiatry*, p. 106.
14. Citat în Sarason și Spielberger, *Stress and Anxiety*, vol. 2, p. 12.
15. Wolf și Wolff, *Human Gastric Function*, p. 112.
16. Richard W. Seim, C. Richard Spates și Amy E. Naugle, „Treatment of Spasmodic Vomiting and Lower Gastrointestinal Distress Related to Travel Anxiety", *The Cognitive Behaviour Therapist* 4, nr. 1 (2011), pp. 30–37.
17. Alvarez, *Nervousness*, p. 123.
18. *Ibid.*, p. 266.
19. *Ibid.*, p. 11.
20. *Ibid.*, p. 22.
21. *Ibid.*, p. 17.
22. *Ibid.*
23. Angela L. Davidson, Christopher Boyle și Fraser Lauchlan, „Scared to Lose Control? General and Health Locus of Control in Females with a Phobia of Vomiting", *Journal of Clinical Psychology* 64, nr. 1 (2008), pp. 30–39.
24. Tallis, *Kingdom of Infinite Space*, p. 193.
25. Citat în Desmond și Moore, *Darwin*, p. 531.
26. Citat pe larg în Colp, *To Be an Invalid*, pp. 43–53.
27. Desmond și Moore, *Darwin*, p. 530.
28. Citat în Colp, *To Be an Invalid*, p. 84.
29. Hooker, *Life and Letters of Joseph Dalton Hooker*, vol. 2, p. 72.

30. Anthony K. Campbell și Stephanie B. Matthews, „Darwin's Illness Revealed", *Postgraduate Medical Journal* 81, nr. 954 (2005), pp. 248–251.
31. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 229.
32. Thomas J. Barloon și Russell Noyes Jr., „Charles Darwin and Panic Disorder", *The Journal of the American Medical Association* 277, nr. 2 (1997), pp. 138–141.
33. Edward J. Kempf, „Charles Darwin – the Affective Sources of His Inspiration and Anxiety Neurosis", *The Psychoanalytic Review* 5 (1918), pp. 151–192.
34. Jerry Bergman, „Was Charles Darwin Psychotic? A Study of His Mental Health" (Institute of Creation Research, 2010).
35. Darwin, *Autobiography*, p. 28 (vezi și *Autobiografia lui Charles Darwin, 1809–1882*, editată de Nora Barlow, urmată de fragmente din *Călătoria unui naturalist în jurul lumii*, trad. de Ioana Miruna Voiculescu, Andrei Bontaș, Ancuța Bontaș, București: Humanitas, 2017, p. 114 – n. tr.).
36. *Ibid.*, p. 28 (trad. rom. cit., p. 114 – n. tr.).
37. *Life and Letters of Charles Darwin*, vol. 1, p. 349.
38. Darwin, *Autobiography*, p. 39.
39. Quammen, *Reluctant Mr. Darwin*, p. 62.
40. Între surse se numără, printre altele, Bowlby, *Charles Darwin*; Colp, *To Be an Invalid*; Desmond și Moore, *Darwin*; Browne, *The Power of Place* și Quammen, *The Reluctant Mr. Darwin*.
41. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 300.
42. *Ibid.*, p. 335.
43. *Ibid.*, p. 343.
44. *Ibid.*, p. 11.
45. *Ibid.*, p. 375.
46. Desmond și Moore, *Darwin*, p. 358.
47. Bowlby, *Charles Darwin*, p. 282.

CAPITOLUL 4: ANXIETATEA DE PERFORMANȚĂ

1. Oppenheim, „*Shattered Nerves*", p. 114.
2. Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 56.
3. Citat în Marshall, *Social Phobia*, p. 140.
4. „Memoir of William Cowper", *Proceedings of the American Philosophical Society* 97, nr. 4 (1953), pp. 359–382.
5. Gandhi, *Autobiography*. (Am fost îndrumat către această sursă de capitolul 5 al cărții *Nerve* de Taylor Clark.)
6. Toate informațiile oferite aici despre Jefferson provin din cartea *American Obsessives* a lui Joshua Kendall, p. 21.
7. Mohr, *Gasping for Airtime*, p. 134.

8. „Hugh Grant: Behind That Smile Lurks a Deadly Serious Film Star", *USA Today*, 17 decembrie 2009.
9. „A Gloom of Her Own", *The New York Times Magazine*, 21 noiembrie 2004.
10. Vezi, de exemplu, Kramer, *Freud*, p. 42.
11. Casper, Johann Ludwig, „Biographie d'une idée fixe" (tradusă în franceză, 1902), *Archives de Neurologie*, 13, pp. 270–287.
12. Darwin, *Expression*, p. 284 (*Expresia...*, trad. rom., cit., pp. 187–188 – n. tr.).
13. Burgess, *Physiology or Mechanism of Blushing*, p. 49.
14. Hartenberg, *Les timides et la timidité*, Paris: Félix Alcan, 1901.
15. Pierre Janet, *Les obsessions et la psychiatrie*, Paris: Alcan, 1903.
16. Ken-Ichiro Okano, „Shame and Social Phobia: A Transcultural Viewpoint", *Bulletin of the Menninger Clinic* 58, nr. 3 (1994), pp. 323–338.
17. Michael Liebowitz *et al.*, „Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 42, nr. 7 (1985), pp. 729–736.
18. „Disorders Made to Order", *Mother Jones*, iulie–august 2002.
19. Vezi Manjula *et al.*, „Social Anxiety Disorder (Social Phobia) – a Review", *International Journal of Pharmacology and Toxicology* 2, nr. 2 (2012), pp. 55–59.
20. Vezi Davidson *et al.*, „While a Phobic Waits: Regional Brain Electrical and Autonomic Activity in Social Phobias During Anticipation of Public Speaking", *Biological Psychiatry* 47 (2000), pp. 85–95.
21. „On Anxiety", în Epictetus, *Discourses*, cap. 13.
22. Vezi, de exemplu, Kathryn J. Zerbe, „Uncharted Waters: Psychodynamic Considerations in the Diagnosis and Treatment of Social Phobia", *Bulletin of the Menninger Clinic* 58, nr. 2 (1994), A3. Vezi și Capps, *Social Phobia*, pp. 120–125.
23. „Anxious Adults Judge Facial Cues Faster, but Less Accurately", *Science News*, 19 iulie 2006.
24. „Whaddya Mean by That Look?", *Los Angeles Times*, 24 iulie 2006.
25. Vezi, de exemplu, Arne Öhman, „Face the Beast and Fear the Face: Animal and Social Fears as Prototypes for Evolutionary Analyses of Emotion", *Psychophysiology* 23, nr. 2 (martie 1986), pp. 123–145.
26. Marshall, *Social Phobia*, p. 50.
27. K. Blair *et al.*, *The American Journal of Psychiatry* 165, nr. 9 (septembrie 2008), pp. 193–202; K. Blair *et al.*, *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 10 (octombrie 2008), pp. 1176–1184.
28. K. Blair *et al.*, „Neural Response to Self- and Other Referential Praise and Criticism in Generalized Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 10 (octombrie 2008), pp. 1176–1184.
29. De exemplu, Murray B. Stein *et al.*, „Increased Amygdala Activation to Angry and Contemptuous Faces in Generalized Social Phobia", *Archives of General Psychiatry* 59, nr. 11 (2002), p. 1027.
30. Zinbarg *et al.*, „Neural and Behavioral Evidence for Affective Priming from Unconsciously Perceived Emotional Facial Expressions and the Influence

of Trait Anxiety", *Journal of Cognitive Neuroscience* 20, nr. 1 (ianuarie 2008), pp. 95–107.

31. Murray B. Stein, „Neurobiological Perspectives on Social Phobia: From Affiliation to Zoology", *Biological Psychiatry* 44, nr. 12 (1998), p. 1277.
32. Vezi, de exemplu, Robert Sapolsky, „Testicular Function, Social Rank and Personality Among Wild Baboons", *Psychoneuroendocrinology* 16, nr. 4 (1991), pp. 281–293; Robert Sapolsky, „The Endocrine Stress-Response and Social Status in the Wild Baboon", *Hormones and Behavior* 16, nr. 3 (septembrie 1982), pp. 279–292; Robert Sapolsky, „Stress-Induced Elevation of Testosterone Concentrations in High Ranking Baboons: Role of Catecholamines", *Endocrinology* 118, nr. 4 (aprilie 1986), p. 1630.
33. Gesquiere *et al.*, „Life at the Top: Rank and Stress in Wild Male Baboons", *Science* 333, nr. 6040 (iulie 2011), pp. 357–360.
34. Vezi, de exemplu, Raleigh *et al.*, „Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys", *Brain Research* 559, nr. 2 (1991), pp. 181–190.
35. De exemplu, Lanzenberger *et al.*, „Reduced Serotonin-1A Binding in Social Anxiety Disorder", *Biological Psychiatry* 61, nr. 9 (mai 2007) pp. 1081–1089.
36. Vezi, de exemplu, Van der Linden *et al.*, „The Efficacy of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Social Anxiety Disorder (Social Phobia): A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials", *International Clinical Psychopharmacology* 15, supl. 2 (2000), S15–23; Stein *et al.*, „Serotonin Transporter Gene Promoter Polymorphism Predicts SSRI Response in Generalized Social Anxiety Disorder", *Psychopharmacology* 187, nr. 1 (iulie 2006), pp. 68–72.
37. Vezi, de exemplu, Wai S. Tse și Alyson J. Bond, „Serotonergic Intervention Affects Both Social Dominance and Affiliative Behaviour", *Psychopharmacology*, 161 (2002), pp. 324–330.
38. Vezi, de exemplu, Morgan *et al.*, „Social Dominance in Monkeys: Dopamine D2 Receptors and Cocaine Self-Administration", *Nature Neuroscience* 5 (2002), pp. 169–174; Morgan *et al.*, „Predictors of Social Status in Cynomolgus Monkeys (*Macaca fascicularis*) After Group Formation", *American Journal of Primatology* 52, nr. 3 (noiembrie 2000), pp. 115–131.
39. Vezi, de exemplu, Stein și Stein, „Social Anxiety Disorder", *Lancet* 371 (2008), pp. 1115–1125.
40. Arthur Kummer, Francisco Cardoso și Antonio L. Teixeira, „Frequency of Social Phobia and Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in Parkinson's Disease", *Movement Disorders* 23, nr. 12 (2008), pp. 1739–1743.
41. Vezi, de exemplu, Schneier *et al.*, „Low Dopamine D2 Reception Binding Potential in Social Phobia", *The American Journal of Psychiatry* 157 (2000), pp. 457–459.

42. Stein, Murray B., „Neurobiological Perspectives on Social Phobia: from Affiliation to Zoology", *Biological Psychiatry* 44, nr. 12 (1998), pp. 1277–1285. Vezi și David H. Skuse și Louise Gallagher, „Dopaminergic Neuropeptide Interactions in the Social Brain", *Trends in Cognitive Sciences* 13, nr. 1 (2009), pp. 27–35.
43. Vezi, de exemplu, Seth J. Gillihan *et al.*, „Association Between Serotonin Transporter Genotype and Extraversion", *Psychiatric Genetics* 17, nr. 6 (2007), pp. 351–354.
44. Sapolsky, „Social Status and Health in Humans and Other Animals", *Annual Review of Anthropology* 33 (2004), pp. 393–418.
45. Dirk Helmut Hellhammer *et al.*, „Social Hierarchy and Adrenocortical Stress Reactivity in Men", *Psychoneuroendocrinology* 22, nr. 8 (1997) pp. 643–650.
46. Robert M. Yerkes și John D. Dodson, „The Relation of Strenght of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation", *The Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18, nr. 5 (1908), pp. 459–482.
47. Tone, *The Age of Anxiety*, pp. 113–114.
48. Citat în Ballard, *Beautiful Game*, p. 76.
49. „Strikeouts and Psych-Outs", *The New York Times Magazine*, 7 iulie 1991.
50. Sian L. Beilock și Thomas H. Carr, „On the Fragility of Skilled Performance: What Governs Choking Under Pressure?", *Journal of Experimental Psycology: General* 130, nr. 4 (2001), p. 701.
51. Pentru mai multe informații, vezi Beilock, *Choke*.
52. Citat în Clark, *Nerve*, p. 208.
53. Herodot, *Histories*, vol. 4., cartea 7 (vezi și *Istorii*, trad. de Adelina Piatkowski, Editura Științifică, București, 1964, p. 275 – n. tr.).
54. Gabriel, *No More Heroes*, p. 104.
55. *Ibid.*, p. 139.
56. „Stress Detector for Soldiers", *BBC World News*, 29 mai 2002.
57. Citat în Gabriel, *No More Heroes*, p. 51.
58. Herman, *Trauma and Recovery*, p. 21.
59. „The Psychology of Panic in War", *American Review of Reviews* 50 (octombrie 1914), p. 629.
60. Citat în Barber, *Comfortably Numb*, p. 73.
61. Citat în Bourke, *Fear*, p. 219.
62. *Ibid.*
63. Shephard, *War of Nervers*, p. 219.
64. Jeffrey Gettleman, „Reduced Charges for Soldier Accused of Cowardice in Iraq", *The New York Times*, 7 noiembrie 2003.
65. Jacob Mendes Da Costa, „On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences", *The American Journal of the Medical Sciences* 121, nr. 1 (1871), pp. 2–52.

66. Collins, *Violence*, p. 46.
67. Paul Fussell, „The Real War, 1939–1945", *The Atlantic*, august 1989.
68. Kaufman, „«Ill Health» as an Expression of Anxiety in a Combat Unit", *Psychosomatic Medicine* 9 (martie 1947), p. 108.
69. Citat în Clark, *Nerve*, p. 234.
70. Manchester, *Goodbye, Darkness*, p. 5.
71. Christopher Hitchens, „The Blair Hitch Project", *Vanity Fair*, februarie 2011.
72. Alvarez, *Nervousness*, p. 18.
73. Vezi, de exemplu, Grinker şi Spiegel, *Men Under Stress*.
74. Leach, *Survival Psychology*, p. 24.
75. *Ibid*., p. 25.
76. Janis, *Air War*, p. 80.
77. Bourke, *Fear*, p. 231.
78. Felix Brown, „Civilian Psychiatric Air-Raid Casualties", *The Lancet* 237, nr. 6144 (mai 1941), p. 689.
79. V.A. Kral, „Psychiatric Observations Under Severe Chronic Stress", *The American Journal of Psychiatry* 108 (1951), pp. 185–192.
80. Kathleen E. Bachynski *et al*., „Mental Health Risk Factors for Suicides in the U.S. Army, 2007–2008", *Injury Prevention* 18, nr. 6 (2012), pp. 405–412.
81. Hoge *et al*., „Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan", *JAMA* 259, nr. 9 (2006), pp. 1023–1032.
82. Boscarino, Joseph, „Post-traumatic Stress Disorder and Mortality Among U.S. Army Veterans 30 Years After Military Service", *Annals of Epidemiology* 16, nr. 4 (2006), pp. 248–256.
83. „Mike Mullen on Military Veteran Suicide", *Huffington Post*, 2 iulie 2012.
84. Charles A. Morgan *et al*., „Relationship Among Plasma Cortisol, Catecholamines, Neuropeptide Y, and Human Performance During Exposure to Uncontrollable Stress", *Psychosomatic Medicine* 63, nr. 3 (2001), pp. 412–422.
85. „Intranasal Neuropeptide Y May Offer Therapeutic Potential for Post-traumatic Stress Disorder", *Medical Press*, 23 aprilie 2013.
86. Charles A. Morgan III *et al*., „Trauma Exposure Rather Than Posttraumatic Stress Disorder Is Associated with Reduced Baseline Plasma Neuropeptide-Y Levels", *Biological Psychiatry* 54, nr. 10 (2003), pp. 1087–1091.
87. Brian J. Mickey *et al*., „Emotion Processing, Major Depression, and Functional Genetic Variation of Neuropeptide Y", *Archives of General Psychiatry* 68, nr. 2 (2011), p. 158.
88. Mirjam van Zuiden *et al*., „Pre-existing High Glucocorticoid Receptor Number Predicting Development of Posttraumatic Stress Symptoms After Military Deployment", *The American Journal of Psychiatry* 168, nr. 1 (2011), pp. 89–96.

89. George Plimpton, „Sportsman of the Year Bill Russell", *Sports Illustrated*, 23 decembrie 1968.
90. Vezi, de exemplu, John Taylor, *The Rivalry: Bill Russell, Wilt Chamberlain, and the Golden Age of Basketball* (New York: Random House, 2005).
91. „Lito Sheppard Says Donovan McNabb Threw Up in the Super Bowl", *CBSPhilly*, 8 iulie 2013.
92. Gay Talese, „The Loser", *Esquire*, martie 1964.
93. Această secțiune despre Pisa din timpul războiului este bazată pe Arieti, *Parnas*.

CAPITOLUL 5: „O MÂNĂ DE ENZIME"

1. „Restless Gorillas", *Boston Globe*, 28 septembrie 2003; „Restless and Caged, Gorillas Seek Freedom", *Boston Globe*, 29 septembrie 2003.
2. Citat, printre altele, în Kramer, *Freud*, p. 33. Pentru mai multe informații despre consumul de cocaină al lui Freud, vezi Markel, *An Anatomy of Addiction*.
3. Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 154.
4. Ironia a fost observată, printre alții, de Peter Kramer.
5. Tone, *Age of Anxiety*, p. 10.
6. Citat în Shorter, *Before Prozac*, p. 15.
7. Tone, *Age of Anxiety*, p. 10.
8. *The New York Times*, 23 ianuarie 1906.
9. Tone, *Age of Anxiety*, p. 22.
10. *Ibid*., p. 25.
11. O mare parte a expunerii din aceste pagini a trecutului lui Frank Berger și Miltown se bazează pe *Age of Anxiety* a lui Andrea Tone, pe *Before Prozac* a lui Edward Shorter și pe *Small Comfort* a lui Mickey Smith.
12. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 34.
13. Taylor Manor Hospital, *Discoveries in Biological Psychiatry*, p. 122.
14. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 43.
15. Henry H. Dixon *et al*., „Clinical Observations on Tolserol in Handling Anxiety Tension States", *The American Journal of the Medical Sciences* 220, nr. 1 (1950), pp. 23–29.
16. Borrus, „Study of Effect of Miltown (2-Methyl-2–n-Propyl-1,3-Propoanediol Dicarbamate) on Psychiatric States", *The Journal of the American Medical Association*, 30 aprilie 1955, pp. 1596–1598.
17. Lowell Selling, „Clinical Use of a New Tranquilizing Drug", *The Journal of the American Medical Association*, 30 aprilie 1955, pp. 1594–1596.
18. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 52.
19. „Onward and Upward with the Arts: Getting There First with Tranquility", *The New Yorker*, 3 mai 1958.

20. Restak, *Poe's Heart*, p. 187.
21. Citat în Tone, *Age of Anxiety*, p. 57.
22. Tone, *Age of Anxiety*, p. 57.
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*, p. 58.
25. Restak, *Poe's Heart*, p. 187.
26. Tone, *Age of Anxiety*, p. 76.
27. Restak, *Poe's Heart*, p. 187.
28. Mărturie a lui Nathan S. Kline, *False and Misleading Advertisements (Prescription Tranquilizing Drugs): Hearings Before a Subcommittee of the Committee on Government Operations*, p. 4.
29. „Soothint, but Not for Businessmen", *BusinessWeek*, 10 martie 1956.
30. Tone, *Age of Anxiety*, p. 90.
31. Shorter, *History of Psychiatry*, p. 248.
32. Shorter, *Before Prozac*, p. 49.
33. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 27.
34. Tone, *Age of Anxiety*, p. 80.
35. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 27.
36. Vezi, de exemplu, D.T. Max, „The Unfinished", *The New Yorker*, 9 martie 2009.
37. Kline, *From Sad to Glad*, p. 122.
38. Valenstein, *Blaming the Brain*, pp. 60–62.
39. Citat în Abbott, Alison, „Neuroscience: The Molecular Wake-up Call", *Nature* 447, nr. 7143 (2007), pp. 368–370.
40. Shorter, *Before Prozac*, p. 69.
41. Valenstein, *Blaming the Brain*, pp. 69–70.
42. Healy, *Creation of Psychopharmacology*, p. 106, pp. 205–206.
43. Alfred Pletscher, Parkhurst A. Shore şi Bernard B. Brodie, „Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action", *Science* 122, nr. 3165 (1955), pp. 374–375.
44. Healy, *Antidepressant Era*, p. 148.
45. Shorter, *Before Prozac*, p. 52.
46. Roland Kuhn, „The Treatment of Depressive States with G 22355 (Imipramine Hydrochloride)", *The American Journal of Psychiatry* 115, nr. 5 (1958), pp. 459–464.
47. Healy, *Antidepressant Era*, p. 52, p. 58; Barondes, *Better Than Prozac*, pp. 31–32; Shorter, *Before Prozac*, p. 61.
48. Shorter, *Before Prozac*, p. 62.
49. Joseph J. Schildkraut, „The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence", *The American Journal of Psychiatry* 122, nr. 5 (1965), pp. 509–522.

1. Sheehan, *Anxiety Disease*, p. 37.
2. Donald F. Klein, „Commentary by a Clinical Scientist in Psychopharmacological Research", *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17, nr. 3 (2007), pp. 284–287.
3. Donald F. Klein, „Anxiety Reconceptualized", *Comprehensive Psychiatry* 21, nr. 6 (1980), p. 411.
4. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 80.
5. Donald F. Klein și Max Fink, „Psychiatric Reaction Patterns to Imipramine", *The American Journal of Psychiatry* 119, nr. 5 (1962), pp. 432–438.
6. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 84.
7. Donald F. Klein, „Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes", *Psychopharmacology* 5, nr. 6 (1964), pp. 397–408; Klein și Oaks, „Importance of Psychiatric Diagnosis in Prediction of Clinical Drug Effects", *Archives of General Psychiatry* 16, nr. 1 (1967), p. 118.
8. Citat în Kramer, *Listening to Prozac*, p. 84.
9. Kramer, *Listening to Prozac*, p. 77.
10. Tone, *Age of Anxiety*, p. 111.
11. Shorter, *History of Psychiatry*, p. 105.
12. MacDonald, *Mystical Bedlam*, pp. 13–35.
13. Caplan, *They Say You're Crazy*, p. 234.
14. Kutchins și Kirk, *Making Us Crazy*, p. 28.
15. David Sheehan, „Rethinking Generalized Anxiety Disorder and Depression" (remarci de la o întrunire a Asociației Americane pentru Tulburări de Anxietate, Savannah, Ga., 7 martie 2008).
16. Relatarea descoperirilor lui Sternbach se bazează, printre alte surse, pe Baenninger *et al.*, *Good Chemistry*, pp. 65–78; Tone, *Age of Anxiety*, pp. 120–140.
17. Leo Sternbach, „The Discovery of Librium, *Agents and Actions 2* (1972), pp. 193–196.
18. Smith, *Small Comfort*, p. 74.
19. Citat în Davenport-Hines, *Pursuit of Oblivion*, p. 327.
20. Tone, *Age of Anxiety*, p. 130.
21. Joseph M. Tobin și Nolan D.C. Lewis, „New Psychotherapeutic Agent, Chlordiazepoxide Use in Treatment of Anxiety States and Related Symptoms", *The Journal of the American Medical Association* 174, nr. 10 (1960), pp. 1242–1249.
22. Harry H. Farb, „Experience with Librium in Clinical Psychiatry", *Diseases of the Nervous System* 21 (1960), p. 27.
23. Shorter, *Before Prozac*, p. 100.

24. M. Marinker, „The Doctor's Role in Prescribing", *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 23, supl. 2 (1973), p. 26.
25. Restak, *Poe's Heart*, p. 191.
26. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 56.
27. George E. Vaillant, Jane R. Brighton și Charles McArthur, „Physicians' Use of Mood-Altering Drugs: A 20-Year Follow-up Report", *The New England Journal of Medicine* (1970).
28. Citat în Smith, *Small Comfort*, p. 113.
29. Hollister, *Clinical Use of Psychotherapeutic Drugs*, p. 111.
30. D. Jacobs, „The Psychoactive Drug Thing: Coping or Cop Out?", *Journal of Drug Issues* I (1971), pp. 264–268.
31. Vezi, de exemplu, *The American Journal of Psychiatry* 126 (1970), p. 1696. Anunțul a fost publicat și în *Archives of General Psychiatry*,
32. Citat în Smith, *Small Comfort*, p. 91.
33. Citat în Whitaker, *Anatomy of an Epidemic*, p. 137.
34. M.H. Lader, M. Ron și H. Petursson, „Computed Axial Brain Tomography in Long-Term Benzodiazepine Users", *Psychological Medicine* 14, nr. I (1984), pp. 203–206. Pentru o perspectivă mai cuprinzătoare, vezi „Brain Damage from Benzodiazepines", *Psychology Today*, 18 noiembrie 2010.

CAPITOLUL 7: MEDICAMENTELE ȘI SEMNIFICAȚIA ANXIETĂȚII

1. M.N. Stagnitti, *Trends in Antidepressant Use by the U.S. Civilian Non-institutionalized Population, 1997 and 2002*, Statistical Brief 76 (Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, mai 2005).
2. United Press International, „Study: Psych Drugs Sales Up", 28 martie 2007.
3. Vezi, de exemplu, „In Our Streams: Prozac and Pesticides", *Time*, 25 august 2003; „River Fish Accumulate Human Drugs", *Nature News Service*, 5 septembrie 2003; „Frogs, Fish, and Pharmaceuticals: A Troubling Brew", CNN.com, 14 noiembrie 2003; „Prozac in the Water", *Governing* 19, nr. 12 (septembrie 2006); „Fish on Prozac Are Violent and Obsessive", Smithsonian.com, 12 noiembrie 2012.
4. Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 39.
5. Breggin, *Talking Back to Prozac*, p. 49. Vezi și Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 37.
6. Shorter, *Before Prozac*, p. 172.
7. Einar Hellbom, „Chlorpheniramine, Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors (SSRIs) and Over-the-Counter (OTC) Treatment", *Medical Hypotheses* 66, nr. 4 (2006), pp. 689–690. Vezi și Einar Hellbom și Mats Humble, „Panic Disorder Treated with the Antihistamine Chlorpheniramine", *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology* 90 (2003), p. 361.
8. Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 39.

9. „Eternal Sunshine", *The Observer*, 12 mai 2007.
10. Citat în Barber, *Comfortably Numb*, p. 55.
11. Citat în Shorter, *Before Prozac*, p. 44.
12. Joanna Moncrieff și Irving Kirsch, „Efficacy of Antidepressants in Adults", *British Medical Journal* 331, nr. 7509 (2005), p. 155.
13. Citat în Barber, *Comfortably Numb*, p. 106.
14. Tómas Helgason, Helgi Tómasson și Tómas Zoega, „Antidepressants and Public Health in Iceland: Time Series Analysis of National Data", *The British Journal of Psychiatry* 184, nr. 2 (2004), pp. 157–162.
15. Joanna Moncrieff și Joceline Pomerleau, „Trends in Sickness Benefits in Great Britain and the Contribution of Mental Disorders", *Journal of Public Health* 22, nr. 1 (2000), pp. 59–67.
16. Robert Rosenheck, „The Growth of Psychopharmacology in the 1990s: Evidence-Based Practice or Irrational Exuberance", *International Journal of Law and Psychiatry* 28, nr. 5 (2005), pp. 467–483.
17. Vezi, de exemplu, Healy, *Let Them Eat Prozac*, p. 20. Vezi și McHenry, „Ethical Issues in Psychopharmacology", *Journal of Medical Ethics* 32 (2006), pp. 405–410.
18. www.who.int.
19. Greenberg, *Manufacturing Depression*, p. 193.
20. Gerald L. Klerman, „A Reaffirmation of the Efficacy of Psychoactive Drugs", *Journal of Drug Issues* I (1971), pp. 312–319.
21. Dean I. Manheimer *et al.*, „Popular Attitudes and Beliefs About Tranquilizers", *The American Journal of Psychiatry* 130, nr. 11 (1973), pp. 1246–1253.
22. Mental Health America, Attitudinal Survey 2007.
23. Marie Asberg *et al*, „«Serotonin Depression» – a Biochemical Subgroup Within the Affective Disorders?", *Science* 191, nr. 4226 (1976), pp. 478–480.
24. „CINP Meeting with the Nobels, Montreal, Canada, June 25, 2002: Speaker's Notes – Dr. Arvid Carlsson", *Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Newsletter* (martie 2003).
25. L. McHenry, „Ethical Issues in Psychopharmacology", *Journal of Medical Ethics* 32, nr. 7 (2006), pp. 405–410.
26. Valenstein, *Blaming the Brain*, p. 96.
27. Kenneth S. Kendler, „Toward a Philosophical Structure for Psychiatry", *The American Journal of Psychiatry* 162, nr. 3 (2005), pp. 433–440. Pentru mai multe informații despre ipoteza degradării serotoninei, vezi Jeffrey R. Lacasse și Jonathan Leo, „Serotonin and Depression: A Disconnect Between the Advertisments and the Scientific Literature", *PLoS Medicine* 2, nr. 12 (2005), e392.
28. Tolson, *Pilgrim*, p. 129.
29. Citat în *ibid.*, p. 191.

30. Peter Kramer face observații similare în *Listening to Prozac*.
31. Acest eseu este retipărit în colecția lui Percy *Signposts in a Strange Land*.
32. Citat și discutat, printre altele, în *The Life You Save*, p. 276; Elliott și Chambers, *Prozac as a Way of Life*, p. 135.

CAPITOLUL 8: ANXIETATEA DE SEPARARE

1. Ron Kessler, „Comorbidity of Anxiety Disorders with Other Physical and Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication" (prezentare susținută la conferința ADAA, Savannah, Ga., 7 martie 2008).
2. Freud, *Three Essays* (vezi *Trei eseuri asupra teoriei sexualității*, trad. de Rodica Matei, în Freud, *Opere esențiale*, vol. 5, p. 151 – n. tr.).
3. Berger, *Dream of Undying Fame*, p. 9.
4. Gay, *Freud*, p. 11.
5. Berger, *Freud*, p. 18.
6. Kramer, *Freud*, p. 20 (vezi Freud, *Trei eseuri asupra teoriei sexualității*, trad. rom. cit., p. 126 – n. tr.)
7. *Complete Letters of Freud to Fliess*, p. 272.
8. Freud, *Problem of Anxiety*, p. 99 (*Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. rom. cit., p. 329 – n. tr.).
9. *Ibid.*
10. *Ibid.*, p. 119 (trad. rom. cit., p. 330 – n. tr.).
11. *Ibid.*, p. 117 (vezi trad. rom. cit., pp. 343–344 – n. tr.).
12. Karen, *Becoming Attached*, p. 30.
13. *Ibid.*, p. 31.
14. *Ibid.*
15. Bowlby, *Separation*, p. viii.
16. Karen, *Becoming Attached*, p. 44.
17. *Ibid.*, p. 45.
18. *Ibid.*
19. Această relatare a primei călătorii a lui Ainsworth în Uganda se bazează în mare pe cartea ei *Infancy in Uganda* și pe capitolul II din cartea lui Robert Karen, *Becoming Attached*.
20. Karen, *Becoming Attached*, p.180.
21. Konrad Z. Lorenz, „The Companion in the Bird's World", *The Auk* 54, nr. 3 (1937), pp. 245–273.
22. Citat în Karen, *Becoming Attached*, p. 107.
23. Issroff, *Winnicott and Bowlby*, p. 121.
24. Harry Frederick Harlow, „The Nature of Love", *American Psychologist* (1958), pp. 673–685.
25. Bowlby, *Secure Base*, p. 26 (*O bază de siguranță*, p. 76 – n. tr.).

26. Vezi, de exemplu, Blum, *Love at Goon Park*.
27. Vezi, de exemplu, Yvette Spencer-Booth și Robert A. Hinde, „Effects of 6 Days Separation from Mother on 18- to 32-Week-Old Rhesus Monkeys", *American Behaviour* 19, nr. 1 (1971), pp. 174–191.
28. Harry F. Harlow și Margaret Harlow, „Learning to Love", *American Scientist* 54, nr. 3 (1966), pp. 244–272.
29. Vezi, de exemplu, Stephen J. Suomi, „How Gene-Environment Interactions Can Shape the Development of Socioemotional Regulation in Rhesus Monkeys", *Emotional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood* (2002), pp. 5–26.
30. Vezi, de exemplu, Mathew *et al.*, „Neuroimaging Studies in Nonhuman Primates Reared Under Early Stressful Conditions", *Fear and Anxiety* (2004).
31. Vezi, de exemplu, Christian Caldji *et al.*, „Maternal Care During Infancy Regulates the Development of Neural Systems Mediating the Expression of Fearfulness in the Rat", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 95, nr. 9 (1998), pp. 5335–5340.
32. Vezi, de exemplu, Jeremy D. Coplan *et al.*, „Variable Foraging Demand Rearing: Sustained Elevations in Cisternal Cerebrospinal Fluid Corticotropin-Releasing Factor Concentrations in Adult Primates", *Biological Psychiatry* 50, nr. 3 (2001), pp. 200–204.
33. Vezi, de exemplu, Tamashiro, Kellie L.K., „Metabolic Syndrome: Links to Social Stress and Socioeconomic Status", *Annals of the New York Academy of Science* 1231, nr. 1 (2011), pp. 46–55.
34. Vezi, de exemplu, Joel J. Silverman *et al.*, „Psychological Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Jewish Adolescents Following a Brief Exposure to Concentration Camps", *Journal of Child and Family Studies* 8, nr. 1 (1999), pp. 71–89.
35. Maselko *et al.*, „Mother's Affection at 8 Months Predicts Emotional Distress in Adulthood", *Journal of Epidemiology & Community Health* 65, nr. 7 (2011), pp. 621–625.
36. Vezi, de exemplu, L. Alan Sroufe, „Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood", *Attachment and Human Development* 7, nr. 4 (2005), pp. 349–367.
37. Corine de Ruiter și Marinus H. Van Ijzendoorn, „Agoraphobia and Anxious-Ambivalent Attachment: An Integrative Review", *Journal of Anxiety Disorders* 6, nr. 4 (1992), pp. 365–381.
38. Dozier *et al.*, „Attachment and Psychopathology in Adulthood", în *Handbook of Attachment*, pp. 718–744.
39. Warren *et al.*, „Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, nr. 5 (1997), pp. 637–644.

40. Hane, Amie Ashley și Nathan A. Fox, „Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity", *Psychological Science* 17. 6 (2006), pp. 550–556.

CAPITOLUL 9: OAMENI CARE AU TENDINȚA DE A SE ÎNGRIJORA ȘI OAMENI CARE PORNESC LA LUPTĂ

1. Kenneth S. Kendler *et al.*, „The Genetic Epidemiology of Irrational Fears and Phobias in Men", *Archives of General Psychiatry* 58, nr. 3 (2001), p. 257. Vezi și Kenneth S. Kendler, John Myers și Carol A. Prescott, „The Etiology of Phobias: An Evaluation of the Stress-Diathesis Model", *Archives of General Psychiatry* 59, nr. 3 (2002), p. 242.
2. Vezi, de exemplu, Hettema *et al.*, „A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders", *The American Journal of Psychiatry* 158, nr. 10 (2001), pp. 1568–1578.
3. Giovanni Salum, „Anxiety «Density» in Families Predicts Disorders in Children" (prezentare la conferința ADAA, 28 martie 2011).
4. Citat în Restak, *Poe's Heart*, p. 64; vezi și Kagan, *Unstable Ideas*, pp. 161–163.
5. Aceste studii sunt descrise în Robin Marantz Henig, „Understanding the Anxious Mind", *The New York Times Magazine*, 29 septembrie 2009.
6. Vezi, de exemplu, Gleb P. Shumyatsky *et al.*, „Identification of a Signaling Network in Lateral Nucleus of Amygdala Important for Inhibiting Memory Specifically Related to Learned Fear", *Cell* 111, nr. 6 (2002), pp. 905–918.
7. Vezi, de exemplu, Gleb P. Shumyatsky *et al.*, „Stathmin, a Gene Enriched in the Amygdala, Controls Both Learned and Innate Fear", *Cell* 123, nr. 4 (2005), pp. 697–709.
8. Smoller *et al.*, „Influence of *RGS2* on Anxiety-Related Temperament, Personality, and Brain Function", *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 3 (2008), pp. 298–308.
9. Citat în Smoller *et al.*, „Genetics of Anxiety Disorders: The Complex Road from DSM to DNA", *Depression and Anxiety* 26, nr. II (2009), pp. 965–975.
10. Leygraf *et al.*, „*RGS2* Gene Polymorphism as Modulators of Anxiety in Humans", *Journal of Neural Transmission* 113, nr. 12 (2006), pp. 1921–1925.
11. Koenen *et al.*, „*RGS2* and Generalized Anxiety Disorder in an Epidemiologic Sample of Hurrican-Exposed Adults", *Depression and Anxiety* 26, nr. 4 (2009), pp. 309–315.
12. „Unique Study Identifies Gene Associated with Anxious Phenotypes", *Medscape News*, 29 martie 2011.
13. R. Bachner-Melman *et al.*, „*AVPR1a* and *SLC6A4* Gene Polymorphisms Are Associated with Creative Dance Performance", *PLoS Genetics* I, nr. 3 (2005), e42.

14. Vezi, de exemplu, „Catechol O-methyltransferase Val158met Genotype and Neural Mechanisms Related to Affective Arousal and Regulation", *Archives of General Psychiatry* 63, nr. 12 (2006), 1.396. De asemenea, Montag *et al.*, „COMT Genetic Variation Affects Fear Processing: Psychophysiological Evidence", *Behavioral Neuroscience* 122, nr. 4 (2008), p. 901.
15. Enoch *et al.*, „Genetic Origins of Anxiety in Women: A Role for a Functional Catechol-o-methyltransferase Polymorphism", *Psychiatric Genetics* 13, nr. 1 (2003), pp. 33--41.
16. Armbruster *et al.*, „Variation in Genes Involved in Dopamine Clearance Influence the Startle Response in Older Adults", *Journal of Neural Transmisssion* 118, nr. 9 (2011), pp. 1281–1292.
17. Vezi, de exemplu, Stein *et al.*, „Warriors versus Worriers: The Role of COMT Gene Variants", *CNS Spectrums* 11, nr. 10 (2006), pp. 745–748. De asemenea, „Finding the «Worrier-Warrior» Gene, *Philadelphia Inquirer*, 2 iunie 2003.
18. Citat în Stein și Walker, *Triumph over Shyness*, p. 21.
19. De exemplu, Lesch *et al.*, „Association of Anxiety-Related Traits with a Polymorphism in the Serotonin Transporter Gene Regulatory Region", *Science* 274, nr. 5292 (1996), pp. 1527–1531. De asemenea, Hariri, Ahmad R. *et al.*, „Serotonin Transporter Genetic Variation and the Response of the Human Amygdala", *Science* 297, nr. 5580 (2002), pp. 400–403. (Pentru o perspectivă generală pertinentă și de popularizare, vezi Dobbs, „The Science of Success", *The Atlantic*, decembrie 2009.)
20. Charles F. Gillespie *et al.*, „Risk and Resilience: Genetic and Environmental Influences on Development of the Stress Response", *Depression and Anxiety* 26, nr. II (2009), pp. 984–992. Vezi și Rebekah G. Bradley *et al.*, „Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene", *Archives of General Psychiatry* 65, nr. 2 (2008), p. 190; Kerry J. Ressler *et al.*, „Polymorphisms in CRHR1 and the Serotonin Transporter Loci: Gene x Gene x Environment Interactions on Depressive Symptoms", *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics* 153, nr. 3 (2010), pp. 812–824.
21. *Ibid.* Vezi și Elisabeth B. Binder *et al.*, „Association of FKBP5 Polymorphisms and Childhood Abuse with Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adults", *The Journal of the American Medical Association* 299, nr. 11 (2008), pp. 1291–1305; Divya Mehta *et al.*, „Using Polymorphisms in FKBP5 to Define Biologically Distinct Subtypes of Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from Endocrine and Gene Expression Studies", *Archives of General Psychiatry* (2011): archgenpsychiatry-2011.
22. Stein, Murray B., Margaret Daniele Fallin, Nicholas J. Schork și Joel Gelernter, „COMT Polymorphisms and Anxiety-related Personality Traits", *Neuropsychopharmacology* 30, nr. II (2005), pp. 2092–2102.

23. Martin E.P. Seligman, „Phobias and Preparedness", *Behavior Therapy* 2, nr. 3 (1971), pp. 307–320.
24. Susan Mineka și Arne Öhman, „Born to Fear: Non-associative Vs. Associative Factors in the Etiology of Phobias", *Behaviour Research and Therapy* 40, nr. 2 (2002), pp. 173–184.
25. Öhman și Mineka, „Fears, Phobias, and Preparedness: Toward an Evolved Module of Fear and Fear Learning", *Psychological Review* 108, nr. 3 (2001), p. 483.

CAPITOLUL 10: EPOCILE ANXIETĂȚII

1. Beard, *A Practical Treatise*, p. 1.
2. A.D. Rockwell, „Some Causes and Characteristics of Neurasthenia", *New York Medical Journal* 58 (1893), p. 590.
3. Beard, *American Nervousness*, p. 176.
4. *Ibid.*, p. 96.
5. *Ibid.*, pp. vii–viii.
6. *Ibid.*, p. 96.
7. Vezi, de exemplu, Micale, *Hysterical Men*, p. 23.
8. Beard, *Practical Treatise*, p. 15.
9. Citat în Micale, *Hysterical Men*, p. 35.
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*, p. 53.
12. *Ibid.*, p. 54.
13. *Ibid.*, p. 60.
14. Pentru o explorare detaliată, vezi Lutz, *American Nervousness*; Schuster, *Neurasthenic Nation*.
15. American Psychological Association, *Stress in America*, 2010.
16. IMS Health Date, National Disease & Therapeutic Index, Diagnosis Visits, 2002–2006.
17. *Ibid.*
18. Swindle *et al.*, „Responses to Nervous Breakdowns in America over a 40-year period", *American Psychologist* 55, nr. 7 (2000), p. 740.
19. Goodwin, Renee D., „The Prevalence of Panic Attacks in the United States: 1980 to 1995", *Journal of Clinical Epidemiology* 55, nr. 9 (2003), pp. 914–916.
20. Twenge, *Generation Me*, p. 107.
21. „How Big a Problem is Anxiety?", *Psychology Today*, 30 aprilie 2008.
22. Kessler *et al.*, „Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organizations's World Mental Health Survey Initiative", *World Psychiatry* 6, nr. 3 (2007), p. 168.

23. „Anxiety Disorders Have Soared Since Credit Crunch", *The Telegraph*, 1 ianuarie 2012.
24. Mental Health Foundation, *Facing the Fear*, aprilie 2009.
25. LeGoff, *Medieval Civilization*, p. 325.
26. Slater, *Pursuit of Loneliness*, p. 24.
27. Schwartz, *Paradox of Choice*, 2, p. 43.
28. Fromm, *Escape from Freedom*, p. 41 vezi *Frica de libertate*, trad. de Magdalena Măringuț, București: Teora, 1998, p. 44 – n. tr.).
29. Tillich, *Protestant Era*, p. 245.
30. Citat în May, *Meaning of Anxiety*, p. 12.
31. *The New York Times*, 1 februarie 1948.
32. May, *Meaning of Anxiety*, p. 12.
33. Aceaste observații ale lui Sapolsky apar în *Zebras*, pp. 378–383.
34. Kagan, *What is Emotion?*, p. 14.
35. May, *Meaning of Anxiety*, p. 191.
36. Hunter și Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry*, p. 116.
37. Michel J. Dugas, Mark H. Freeston și Robert Ladouceur, „Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry", *Cognitive Therapy and Research* 21, nr. 6 (1997), pp. 593–606.
38. Scott Baker, Nicholas Bloom și Steven Davis, „Measuring Economic Policy Uncertainty" (Chicago Booth Research Paper 13–02, 2013).
39. Citat în Oppenheim, *„Shatered Nerves"*, p. 14.
40. Citat în Micale, *Hysterical Men*, p. 81.
41. Cheyne, *The English Malady*, p. xxx.
42. Burton, *Anatomy*, Cartea I, p. 34.
43. *Ibid.*, p. 21.
44. *Ibid.*, p. 261 (vezi și Burton, *Anatomia melancoliei*, p. 66.)
45. Burton, *Anatomy*, Cartea I, 34, p. 261.
46. *Ibid.*, p. 21.
47. *Ibid.*, p. 50.
48. May, *Meaning of Anxiety*, p. xiv.

CAPITOLUL 11: SALVARE

1. Kagan a făcut aceste observații în mai multe locuri.
2. Micale, *Hysterical Men*, p. 214.
3. Citat în *ibid.*
4. Simonton, „Are Genius and Madness Related? Contemporary Answers to an Ancient Question", *Psychiatric Times* 22, nr. 7 (2005), pp. 21–23. Vezi și „The Case for Pessimism", *Businessweek*, 13 august 2004.

5. Scrisorile citate aici sunt preluate din Masson, *Complete Letters*.
6. Citat în Robin Marantz Henig, „Understanding the Anxious Mind", *The New York Times Magazine*, 29 septembrie 2009.
7. Nicholas A. Turiano *et al.*, „Big 5 Personality Traits and Interleukin-6: Evidence for «Healthy Neuroticism» in a US Population Sample", *Brain, Behavior, and Immunity* (2012).
8. Corrine Bendersky și Neha Parikh Shah, „The Downfall of Extroverts and the Rise of Neurotics: The Dynamic Process of Status Allocation in Task Groups, Academy of Management Journal", AMJ-2011-0316.R3.
9. „Leadership Tip: Hire the Quiet Neurotic, Not the Impressive Extrovert", *Forbes*, 11 aprilie 2013.
10. Adam M. Perkins și Philip J. Corr, „Can Worriers Be Winners? The Association Between Worrying and Job Performance", *Personality and Individual Differences* 38, nr. I (2005), pp. 25–31.
11. Jeremy D. Coplan *et al.*, „The Relationship Between Intelligence and Anxiety: An Association with Subcortical White Matter Metabolism", *Frontiers in Evolutionary Neuroscience* 3 (2012).
12. Vezi Winifred Gallagher, „How We Become What We Are", *The Atlantic*, septembrie 1994.
13. Stephen J. Suomi, „Risk, Resilience, and Gene-Environment Interplay in Primates", *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 20, nr. 4 (noiembrie 2011), pp. 289–297.

CAPITOLUL 12: REZILIENȚĂ

1. Bate, *Samuel Johnson*, pp. 117–127.
2. Charney, „The Psychobiology of Resilience to Extreme Stress: Implications for the Treatment and Prevention of Anxiety Disorders", discursul inaugural al conferinței ADAA, 23 martie 2006.
3. Vezi, de exemplu, Albert Bandura, „Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change", *Psychological Review* 84, pp. 191–215; Albert Bandura, „The Assessment and Predictive Generality of Self-Percepts of Efficacy", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 13, pp. 195–199.

Bibliografie

Aboujaoude, Elias, *Compulsive Acts: A Psychiatrist's Tale Of Ritual and Obsession*, Berkley: University of California Press, 2008.

Ackerman, Diane, *An Alchemy of Mind: The Marvel and Mystery of the Brain*, New York: Scribner, 2004.

Adler, Alfred, *The Neurotic Constitution: Outlines of a Comparative Individualistic Psychology and Psychotherapy*, trad. Bernard Glueck, New York: Moffat, Yard, 1917 (vezi și *Caracterul nevrotic: trăsăturile principale ale psihologiei și psihoterapiei individuale*, trad. de Simona Ligia Tutunaru, București: Editura Trei, 2017 – n. tr.).

—, *Problems of Neurosis*, New York: Cosmopolitan Book Corporation, 1930.

—, *Understanding Human Nature*, New York: Greenberg Publishers, 1927.

Aggleton, John, ed. *The Amygdala: A Functional Analysis*, ed. a II-a, New York: Oxford University Press, 2000.

Ainsworth, Mary D. Salter, *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1967.

Alexander, Franz G. și Sheldon T. Selesnick, *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*, Northvale, N.J.: James Aronson, 1995 (ediția originală, 1966).

Alvarez, Walter C., *Nervousness, Indigestion, and Pain*, New York: Collier Books, 1962.

Ameisen, Olivier, *The End of My Addiction*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2009.

Andreasen, Nancy C, *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*, New York: Harper and Row, 1984.

Arieti, Silvano, *The Parnas: A Scene from the Holocaust*, Philadelphia: Paul Dry Books, 2000.

Arikha, Noga, *Passions and Tempers: A History of the Humours*, New York: Ecco, 2007.

Attwell, Khleber Chapman, *100 Questions and Answers About Anxiety*, Jones and Bartlett, 2006.

Auden, W.H., *The Age of Anxiety*, New York: Random House, 1946.

Augustine, *Confessions*, New York: DoverEditions, 2002 (vezi și Augustin, *Confesiuni*, trad. de Eugen Munteanu, București: Nemira, 2006 – n. tr.).

Backus, William, *The Good News About Worry: Applying Biblical Truth to Problems of Anxiety and Fear*, Minneapolis: Bethany House, 1991.

Baenninger, Alex, Joseph Alberto Costa e Silva, Ian Hindmarch, Hans-Juergen Moeller şi Karl Rickels, *Good Chemistry: The Life and Legacy of Valium Inventor Leo Sternbach*, New York: McGraw-Hill, 2004.

Ballard, Chris, *The Art of a Beautiful Game: The Thinking Fan's Tour of the NBA*, New York: Simon and Schuster, 2009.

Balthasar, Hans Urs von, *The Christian and Anxiety*, San Francisco: Ignatius Press, 2000.

Barber, Charles, *Comfortably Numb: How Psychiatry Is Medicating a Nation*, New York: Pantheon, 2008.

Barbu, Zevedei, *Problems of Historical Psychology*, New York: Grove Press, 2002.

Barlow, David, *Anxiety and Its Disorders*, ed. a II-a, New York: Guilford Press, 2002.

Barlow, David şi Michelle G. Craske, *Mastery of Your Anxiety and Panic*, ed. a III-a, Albany, N.Y.: Graywind Publications, 2000.

Barnes, Julian, *Nothing to Be Frightened Of*, New York: Alfred A. Knopf, 2008 (vezi şi *Nimicul de temut*, trad. de Mihai Moroiu, Bucureşti: Nemira, 2014 – n. tr.).

Barondes, Samuel H., *Better than Prozac: Creating the Next Generation of Psychiatric Drugs*, Oxford/New York: Oxford University Press, 2003.

—, *Molecules and Mental Illness*, Delhi, India: Indo American Books, 2007.

Bassett, Lucinda, *From Panic to Power: Proven Techniques to Calm Your Anxieties, Conquer Your Fears, and Put You in Control of Your Life*, New York: Quill, 1995.

Bate, Walter Jackson, *Samuel Johnson*, New York: Harcourt, Brace, 1977.

Battie, William, *A Treatise on Madness*, New York: Brunner/Mazel, 1969.

Baumer, Franklin L., *Religion and the Rise of Skepticism*, New York: Harcourt, Brace, 1960.

Beard, George Miller, *American Nervousness, Its Causes and Consequences*, New York: G.P. Putnam's Sons, 1881.

—, *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia), Its Symptoms, Nature, Sequences, and Treatment*, New York: William Wood, 1880.

Beatty, Jack, *Age of Betrayal: The Triumph of Money in America, 1865–1990*, New York: Alfred A. Knopf, 2007.

Beck, Aaron T, *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

Beck, Aaron T. şi Gary Emery, *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, New York: Basic Books, 1985.

Beck, Aaron T. şi Arthur Freeman, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford Press, 2013.

Becker, Dana, *One Nation Under Stress: The Trouble with Stress as an Idea*, New York: Oxford University Press, 2013.
Becker, Ernest, *The Denial of Death*, New York: Free Press, 1973.
Beilock, Sian, *Choke: What the Secrets of the Brain Reveal About Success and Failure at Work and at Play*, New York: Free Press, 2010.
Berger, Peter L., Brigitte Berger și Hansfried Kellner, *The Homeless Mind: Modernization and Counsciousness*, New York: Random House, 1973.
Berrios, German E., *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
Bertin, Celia, *Marie Bonaparte: A Life*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1982.
Bettelheim, Bruno, *Freud and Man's Soul*, New York: Vintage Books, 1982.
Blanchard, Robert J., Caroline Blanchard, Guy Griebel și David Nutt, *Handbook of Anxiety and Fear*, Amsterdam: Academic Press/Elsevier, 2008.
Blum, Deborah, *Love at Goon Park: Harry Harlow and the Science of Affection*, New York: Basic Books, 2002.
Blyth, Jamie, *Fear Is No Longer My Reality: How I Overcame Panic and Social Anxiety Disorder—and You Can Too*, cu Jenna Glatzer, New York: McGraw-Hill, 2005.
Borch-Jacobsen, Mikkel, *Making Minds and Madness: From Hysteria to Depression*, Cambridge/New York: Cambridge University Press, 2009.
Bourke, Joanna, *Fear: A Cultural History*, London: Virago, 2005.
Bourne, Edmund și Lorna Garano, *Coping with Anxiety: 10 Simple Ways to Relieve Fear, Anxiety, and Worry*, Oakland, CA: New Harbinger, 2003.
Bowlby, John, *Charles Darwin: A New Life*, New York: W.W. Norton, 1990.
—, *A Secure Base*, London: Routledge, 1988 (vezi și *O bază de siguranță*, trad. de Alexandra Timofte, București: Editura Trei, 2011).
—, *Separation: Anxiety and Anger*, New York: Basic Books, 1973.
Braund, Susanna și Glenn W. Most, ed., *Ancient Anger: Perspectives from Homer to Galen*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
Breger, Louis, *A Dream of Undying Fame: How Freud Betrayed His Mentor and Invented Psychoanalysis*, New York: Basic Books, 2009.
—, *Freud: Darkness in the Midst of Vision*, New York: John Wiley and Sons, 2000.
Breggin, Peter R., *Medication Madness: A Psychiatrist Exposes the Dangers of Mood-Altering Medications*, New York: St. Martin's Press, 2008.
—, *Talking Back to Prozac: What Doctors Aren't Telling You About Today's Most Controversial Drug*, New York: St. Martin's Press, 1994.
Bremner, J. Douglas, *Does Stress Damage the Brain? Understanding Trauma-Related Disorders from a Mind–Body Perspective*, New York: W.W. Norton, 2002.
Bretall, Robert, *A Kierkegaard Anthology*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1936.

Briggs, Rex, *Transforming Anxiety, Transcending Shame*, Deerfield Beach, Fl.: Health Communications, 1999.

Browne, Janet, *Charles Darwin: The Power of Place*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2002.

—, *Charles Darwin: Voyaging*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995.

Bruner, Jerome, *Acts of Meaning*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990.

Burgess, Thomas H., *The Physiology or Mechanism of Blushing, Illustrative of the Influence of Mental Emotion on the Capillary Circulation, with a General View of the Sympathies*, London: John Churchill, 1839.

Burijon, Barry N., *Biological Bases of Clinical Anxiety*, New York: W.W. Norton, 2007.

Burns, David D., *When Panic Attacks: The New, Drug-Free Anxiety Therapy That Can Change Your Life*, Morgan Road Books, 2006.

Burton, Robert, *The Anatomy of Melancholy*, New York Review of Books, 2001 (vezi și *Anatomia melancoliei*, trad. de Iustina Croitoru, București: Editura Herald, 2016 – n. tr.).

Cannon, Walter B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New York: Harper Torchbooks, 1963 (ediția originală 1915).

Cantor, Norman F., *The Civilization of the Middle Ages*, New York: HarperCollins, 1993.

Caplan, Paula J., *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*, Reading, Mass.: Da Capo Press, 1995.

Capps, Donald, *Social Phobia: Alleviating Anxiety in an Age of Self-Promotion*, St. Louis: Chalice Press, 1999.

Carlat, Daniel, *Unhinged: The Trouble with Psychiatry – a Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*, New York: Free Press, 2010.

Carlstedt, Roland A., *Critical Moments During Competition: A Mind–Body Model of Sport Performance When It Counts the Most*, New York: Psychology Press, 2004.

Carter, Rita, *Mapping the Mind*, Berkeley, Calif.: University of California Press, 1998.

Cassidy, Jude și Phillip R. Shaver, *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, ed. a II-a, New York: Guilford Press, 2008.

Cassirer, Ernst, *An Essay on Man*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1944 (vezi și *Eseu despre om*, trad. de Constantin Cosman, București: Humanitas, 1994 – n. tr.).

Chansky, Tamar E., *Freeing Yourself from Anxiety*, Reading, Mass.: Da Capo, 2012.

Charney, Dennis S. și Eric J. Nestler, *Neurobiology of Mental Illness*, ed. a III-a, Oxford: Oxford University Press, 2009.

Cheyne, George, *The English Malady* [1733], London: Tavistock/Routledge, 1991.

Clark, Taylor, *Nerve: Poise Under Pressure, Serenity Under Stress, and the Brave New Science of Fear and Cool*, Boston: Little, Brown, 2011.

Coleman, Penny, *Flashback: Posttraumatic Stress Disorder, Suicide, and the Lessons of War*, Boston, Mass.: Beacon Press, 2006.

Coles, Robert, *The Mind's Fate: A Psychiatrist Looks at His Profession*, Boston: Back Bay Books, 1975.

—, *Walker Percy: An American Searcher*, Boston: Little, Brown, 1978.

Collins, Randall, *Violence: A Micro-sociological Theory*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2008.

Colp, Ralph, Jr., *To Be an Invalid: The Illness of Charles Darwin*, Chicago: University of Chicago Press, 1977.

Conley, Dalton, *Elsewhere, USA: How We Got from the Company Man, Family Dinners, and the Affluent Society to the Home Office, BlackBerry Moms, and Economic Anxiety*, New York: Pantheon, 2009.

Contosta, David R., *Rebel Giants: The Revolutionary Lives of Abraham Lincoln and Charles Darwin*, Amherst, N.Y.: Prometheus Books, 2008.

Coolidge, Frederick L. și Thomas Wynn, *The Rise of Homo Sapiens: The Evolution of Modern Thinking*, Chichester, U.K.: Wiley-Blackwell, 2009.

Cozolino, Louis, *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*, New York: W.W. Norton, 2002.

Crick, Francis, *The Astonishing Hypothesis: The Scientific Search for the Soul*, New York: Touchstone, 1994.

Cuordileone, Kyle A., *Manhood and American Political Culture in the Cold War*, New York: Routledge, 2005.

Cushman, Philip, *Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy*, Reading, Mass: Addison-Wesley, 1995.

Damasio, Antonio, *Descartes's Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York: Grosset/Putnam, 1994 (vezi și *Eroarea lui Descartes*, trad. de Irina Tănăsescu, București: Humanitas, 2005 – n. tr.).

—, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Orlando, FL: Harcourt, 1999.

—, *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, New York: Harcourt, 2003 (vezi și *În căutarea lui Spinoza: Cum explică știința sentimentele*, trad. de Ioana Lazăr, București: Humanitas, 2010 – n. tr.).

Darwin, Charles. *The Autobiography of Charles Darwin, 1809–1882*, New York: Classic Books International, 2009 (vezi și *Autobiografia lui Charles Darwin, 1809–1882*, editată de Nora Barlow, urmată de fragmente din *Călătoria*

unui naturalist în jurul lumii, trad. de Ioana Miruna Voiculescu, Andrei Bontaș, Ancuța Bontaș, București: Humanitas, 2017 – n. tr.).

—, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Charleston, SC: BiblioBazaar (publicată pentru prima oară în 1872), 2007 (vezi și *Expresia emoțiilor la om și animale*, trad. de Eugen Margulius, București: Editura Academiei Republicii Socialiste România, 1967 – n. tr.).

Davenport-Hines, Richard, *The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics*, New York: W.W. Norton, 2001.

Davey, Graham C.L., ed., *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment*, Chichester, U.K.; Hoboken, N.J.: Wiley, 1997.

Davey, Graham C.L. și Adrian Wells, ed., *Worry and Its Psychological Disorders*, Chichester, U.K.; Hoboken, N.J.: Wiley, 2006.

Davidson, Jonathan și Henry Dreher, *The Anxiety Book: Developing Strength in the Face of Fear*, New York: Riverhead Books, 2003.

Davidson, Richard J. și Sharon Begley, *The Emotional Life of Your Brain*, New York: Hudson Street Press, 2012.

Davis, Lennard J., *Obsession: A History*, Chicago: University of Chicago Press, 2008.

Davison, Gerald D. și John M. Neale, *Abnormal Psychology*, ed. a V-a, Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, 1990.

Dayhoff, Signe A, *Diagonally-Parked in a Parallel Universe: Working Through Social Anxiety*, Placitas, N.M.: Effectiveness-Plus Publications, 2000.

de Botton, Alain, *Status Anxiety*, New York: Pantheon Books, 2004 (vezi și *Statut și anxietate*, trad. de Bogdan Lepădatu, Vellant: București, 2015 – n. tr.).

DeGrandpre, Richard, *The Cult of Pharmacology: How America Became the World's Most Troubled Drug Culture*, Durham, N.C.: Duke University Press, 2006.

Descartes, René, *Discourse on Method and Meditations*, New York: Library of Liberal Arts, 1960 (vezi și *Discurs asupra metodei*, trad. de George I. Ghidu, București: Editura Mondero, 1999 – n. tr.).

Desmond, Adrian și James Moore, *Darwin: The Life of a Tormented Evolutionist*, New York: W.W. Norton, 1991.

Dessoir, Max și Donald Fisher, *Outlines of the History of Psychology*, New York: Macmillan, 1912.

Dillon, Brian, *The Hypochondriacs: Nine Tormented Lives*, New York: Faber and Faber, 2010.

Doctor, Ronald M. și Ada P. Kahn, *The Encyclopedia of Phobias, Fears, and Anxieties*, New York: Facts on File, 1989.

Dodds, E.R. *The Greeks and the Irrational*, Berkeley: University of California Press, 1951 (vezi și *Grecii și iraționalul*, trad. de Catrinel Pleșu, Iași: Polirom, 1998 – n. tr.).

Doi, Takeo, *The Anatomy of Dependence*, Tokyo: Kodansha, 1971.
Dollard, John, *Victory over Fear*, New York: Reynal and Hitchcock, 1942.
Dollard, John şi Neal A. Miller, *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, New York: McGraw-Hill, 1950.
Dozois, David J.A. şi Keith S. Dobson, *The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research, and Practice*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 2004.
Drinka, George Frederick, *The Birth of Neurosis: Myth, Malady, and the Victorians*, New York: Simon & Schuster, 1984.
Drummond, Edward H., *Overcoming Anxiety Without Tranquilizers*, New York: Dutton, 1997.
Dukakis, Kitty şi Larry Tye, *Shock: The Healing Power of Electroconvulsive Therapy*, New York: Avery, 2006.
Dumont, Raeann, *The Sky Is Falling: Understanding and Coping with Phobias, Panic, and Obsessive-Compulsive Disorders*, New York: W.W. Norton, 1996.
Eghigian, Greg, *From Madness to Mental Health: Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2010.
Elie, Paul, *The Life You Save May Be Your Own: An American Pilgrimage*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2003.
Ellenberger, Henri F., *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York: Basic Books, 1970.
Elliott, Carl şi Tod Chambers, *Prozac as a Way of Life*, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2004.
Ellman, Richard, *Yeats: The Man and the Masks*, New York: Macmillan, 1948.
Engel, Jonathan, *American Therapy: The Rise of Psychotherapy in the United States*, New York: Gotham Books, 2008.
Epictet, *Discourses and Enchiridion*, New York: Walter J. Black, 1944.
Erikson, Erik H., *Childhood and Society*, New York: W.W. Norton, 1950 (vezi şi *Copilărie şi societate*, trad. de Mirela Badea şi Brândușa Popa, București: Editura Trei, 2015 – n. tr.).
Esposito, Janet, *In the Spotlight: Overcome Your Fear of Public Speaking and Performing*, Southbury, CT: Strong Books, 2000.
Eysenck, H.J. şi S. Rachman, *The Causes and Cures of Neurosis*, San Diego: Robert R. Knapp, 1965.
Fann, William E., Ismet Karacan, Alex D. Pokorny şi Robert L. Williams, ed., *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, New York: Spectrum Publications, 1979.
Farnbach, Rod şi Eversley Farnbach, *Overcoming Performance Anxiety*, East Roseville, N.S.W.: Simon and Schuster, 2001.
Fisher, Paul, *House of Wits: An Intimate Portrait of the James Family*, New York: Henry Holt, 2008.

Ford, Emily, *What You Must Think of Me: A Firsthand Account of One Teenager's Experience with Social Anxiety Disorder*, cu Michael R. Liebowitz și Linda Wasmer Andrews, Oxford: Oxford University Press, 2007.

Forrester, John, *Dispatches from the Freud Wars: Psychoanalysis and Its Passions*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

—, *Truth Games: Lies, Money, and Psychoanalysis*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

Foxman, Paul, *Dancing with Fear: Overcoming Anxiety in a World of Stress and Uncertainty*, Lanham, Maryland: Jason Aronson, 1997.

—, *The Worried Child: Recognizing Anxiety in Children and Helping Them Heal*, Alameda, CA: Hunter House, 2004.

Frankl, Viktor E., *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*, New York: Vintage Books, 1986.

—, *Man's Search for Meaning*, New York: Washington Square Press, 1985 (copyright 1959) (vezi și *Omul în căutarea sensului vieții*, trad. de Silvian Guranda, București: Meteor Press, 2009 – n. tr.).

Frattaroli, Elio, *Healing the Soul in the Age of the Brain: Why Medication Isn't Enough*, New York: Penguin, 2001.

Freeman, Daniel și Jason Freeman, *Anxiety: A Very Short Introduction*, New York/Oxford: Oxford University Press, 2012.

Freud, Sigmund, *The Basic Writings of Sigmund Freud*, New York: Modern Library, 1995 (vezi și *Opere esențiale*, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

—, *Beyond the Pleasure Principle*, New York: W.W. Norton, 1961 (vezi și *Dincolo de principiul plăcerii*, în *Opere esențiale*, vol. 3, trad. de George Purdea și Vasile Dem Zamfirescu, București: Editura Trei, 2017 – n. tr.).

—, *Character and Culture*, New York: Collier Books, 1963.

—, *Civilisation and Its Discontents*, New York: W.W. Norton, 1967 (vezi și *Disconfort în cultură*, în *Opere esențiale*, vol. 9, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

—, *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904*, traduse și editate de Jeffrey Moussaieff Masson, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985.

—, *Five Lectures on Pyscho-Analysis*, New York: W.W. Norton, 1989.

—, *The History of the Psycho-Analytic Movement and the Origin and Development of Psychoanalysis*, New York: W.W. Norton, 1990.

—, *The Interpretation of Dreams*, London: Hogarth Press, 1953 (vezi și *Interpretarea viselor*, trad. de Roxana Melnicu, în *Opere esențiale*, vol. 2, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

—, *The Problem of Anxiety*, Albany: Psychoanalytic Quarterly Press, 1936 (vezi și *Inhibiție, simptom, angoasă*, trad. de Roxana Melnicu și Georgeta Mitrea, în *Opere esențiale*, vol. 6, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

—, *Three Essays on the Theory of Sexuality*, New York: Basic Books, 2000 (vezi și *Trei eseuri asupra teoriei sexualității*, trad. de Rodica Matei, în *Opere esențiale*, vol. 5, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

—, *Totem and Taboo: Some Points of Agreement Between the Mental Lives of Savages and Neurotics*, London: Routledge and Kenan Paul, 1950 (vezi și *Totem și tabu, Câteva corespondențe între viața psihică a sălbaticilor și cea a nevroticilor* trad. de Raluca Hurduc, în *Opere esențiale*, vol. 9, București: Editura Trei, 2010 – n. tr.).

Friedman, Steven, ed., *Cultural Issues in the Treatment of Anxiety*, New York: Guilford Press, 1997.

Frink, H.W. și James J. Putnam, *Morbid Fears and Compulsions: Their Psychology and Psychoanalytic Treatment*, Moffat, Yard, 1918.

Fromm, Erich, *Escape from Freedom*, New York: Owl Books, 1969 (vezi și *Fuga de libertate*, trad. de Cristina Jinga, București: Editura Trei, 2016 – n. tr.).

—, *Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics*, New York: Henry Holt, 1947 (vezi și *Omul pentru sine: O cercetare asupra psihologiei moralei*, trad. de Bogdan Boghițoi, București: Editura Trei, 2017 – n. tr.).

Furedi, Frank, *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, London: Routledge, 2004.

Furer, Patricia, John R. Walker și Murray B. Stein, *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide*, New York: Springer, 2007.

Gabriel, Richard A., *No More Heroes: Madness and Psychiatry in War*, New York: Hill and Wang, 1987.

Galdston, Iago, ed., *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, New York: McGraw-Hill, 1967.

Gamwell, Lynn și Nancy Tomes, *Madness in America: Cultural and Medical Perceptions of Mental Illness Before 1914*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1995.

Gandhi, Mohandas K., *An Autobiography: The Story of My Experiments with Truth*, Boston, MA: Beacon Press, 1993.

Gardner, Daniel, *The Science of Fear*, New York: Dutton, 2008.

Garff, Joakim, *Søren Kierkegaard: A Biography*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2005.

Gay, Peter, *Sigmund Freud: O viață pentru timpul nostru*, trad. de Florin Vlădoi, București: Editura Trei, 2012.

Gazzaniga, Michael S., *Nature's Mind: The Biological Roots of Thinking, Emotions, Sexuality, Language, and Intelligence*, New York: Basic Books, 1992.

Gershon, Michael D., *The Second Brain: The Scientific Basis of Gut Instinct and a Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine*, New York: HarperCollins, 1998.

Gerzon, Robert, *Finding Serenity in the Age of Anxiety*, New York: Macmillan, 1997.
Gewirtz, Jacob, ed., *Attachment and Dependency*, Washington: V.H. Winston and Sons, 1972.
Ghinassi, Cheryl Winning, *Anxiety*, Santa Barbara, CA: Greenwood, 2010.
Gifford, Frank, *Gifford on Courage*, cu Charles Mangel, New York: M. Evans, 1976.
Gijswijt-Hofstra, Marijke şi Roy Porter, *Cultures of Neurasthenia: From Beard to the First World War*, Amsterdam: Rodopi, 2001.
Glantz, Kalman şi John K. Pearce, *Exiles from Eden: Psychotherapy from an Evolutionary Perspective*, New York: W.W. Norton, 1989.
Glatzer, Jenna, ed., *Conquering Panic and Anxiety Disorders: Success Stories, Strategies, and Other Good News*, Alamada, CA: Hunter House, 2002.
Gleick, James, *Faster: The Acceleration of Just About Everything*, New York: Vintage Books, 1999.
Glenmullen, Joseph, *The Antidepressant Solution: The Only Step-by-Step Guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal, Dependence, and „Addiction"*, New York: Free Press, 2005.
Goldstein, Kurt, *Human Nature in the Light of Psychopathology* [1940], New York: Schocken Books, 1963.
Goldstein, Michael J. şi James O. Palmer, *The Experience of Anxiety: A Casebook*, New York: Oxford University Press, 1963.
Goodwin, Donald W., *Anxiety*, New York: Oxford University Press, 1986.
—, *Phobia: The Facts*, New York: Oxford University Press, 1983.
Gordon, James S., *Unstuck: Your Guide to the Seven-Stage Journey Out of Depression*, New York: Penguin, 2008.
Gorman, Jack, ed., *Fear and Anxiety: The Benefits of Translational Research*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2004.
Gosling, F.G., *Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community, 1870–1910*, Urbana: University of Illinois Press, 1987.
Gould, James L., *Ethology: The Mechanisms and Evolution of Behavior*, New York: W.W. Norton, 1982.
Goulding, Regina A. şi Richard C. Schwarz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors*, New York: W.W. Norton, 1995.
Gray, Jeffrey A. şi Neil McNaughton, *The Neuropsychology of Anxiety*, ed. a II-a, Oxford: Oxford University Press, 2000.
Greenberg, Gary, *The Book of Woe: The „DSM" and the Unmaking of Psychiatry*, New York: Blue Rider Press, 2012.
—, *Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease*, New York: Simon and Schuster, 2010.

Greist, John H., James W. Jefferson şi Isaac M. Marks, *Anxiety and Its Treatment*, New York: Warner Books, 1986.
Grinker, Roy R. şi John P. Spiegel, *Men Under Stress*, Philadelphia: Blakiston, 1945.
Grob, Gerald N., *Mental Illness and American Society, 1875–1940*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1983.
Grosskurth, Phyllis, *Melanie Klein: Her World and Her Work*, New York: Alfred A. Knopf, 1986.
Hallowell, Edward M., *Worry: Hope and Help for a Common Condition*, New York: Random House, 1997.
Handly, Robert, *Anxiety and Panic Attacks: Their Cause and Cure*, cu Pauline Neff, Fawcett Crest, 1985.
Hanford, A. Chester, *Problems in Municipal Government*, Chicago & New York: A.W. Shaw, 1926.
Harrington, Anne, *The Cure Within: A History of Mind–Body Medicine*, New York: W.W. Norton, 2008.
Hart, Archibald D., *The Anxiety Cure*, New York: Thomas Nelson, 2001.
Harvard Medical School, *The Sensitive Gut*, New York: Fireside Books, 2000.
Hayes, Steven C., *Get Out of Your Mind and into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*, Oakland, CA: New Harbinger, 2005.
Hayes, Steven C., Kirk D. Strosahl şi Kelly G. Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, New York: Guilford Press, 1999.
Healy, David, *The Antidepressant Era*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.
—, *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002.
—, *Let Them Eat Prozac*, Toronto: James Lorimer, 2003.
Heimberg, Richard G., Cynthia L. Turk şi Douglas S. Mennin, ed., *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*, New York: Guilford Press, 2004.
Herman, Judith Lewis, *Trauma and Recovery*, New York: Basic Books, 1992.
Heston, Leonard L., *Mending Minds: A Guide to the New Psychiatry of Depression, Anxiety, and Other Serious Mental Disorders*, New York: W.H. Freeman, 1992.
Hobson, J. Allan şi Jonathan A. Leonard, *Out of Its Mind: Psychiatry in Crisis*, Cambridge, Mass.: Perseus Books, 2002.
Hoch, Paul şi Joseph Zubin, ed., *Anxiety*, New York: Grune and Stratton, 1950.
Hofstadter, Richard, *The Age of Reform*, New York: Vintage, 1955.
—, *The American Political Tradition*, New York: Alfred A. Knopf, 1948.
Hollander, Eric şi Daphne Simeon, *Concise Guide to Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2003.

Hollister, Leo, *Clinical Use of Psychotherapeutic Drugs*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1973.

Holmes, Jeremy, *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*, London: Routledge, 2001.

Horney, Karen, *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*, New York: W.W. Norton, 1950.

—, *The Neurotic Personality of Our Time*, New York: W.W. Norton, 1937 (vezi și *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, trad. de Leonard Gavriliu, București: Univers Enciclopedic, 2010 – n. tr.).

—, *New Ways in Psychoanalysis of Our Time*, New York: W.W. Norton, 1939 (vezi și *Direcții noi în psihanaliză*, trad. de Leonard Gavriliu, București: Univers Enciclopedic, 2010 – n. tr.).

—, *Our Inner Conflicts*, New York: W.W. Norton, 1945 (vezi și *Conflictele noastre interioare*, trad. de Leonard Gavriliu, București: Univers Enciclopedic, 2010 – n. tr.).

—, *Self-Analysis*, New York: W.W. Norton, 1942 (vezi și *Autoanaliza*, trad. de Nadia Aldea și Viorica Roș, București: Editura Trei, 2014 – n. tr.).

Horstman, Judith, *The Scientific Brave New Brain: How Neuroscience, Brain–Machine Interfaces, Psychopharmacology, Epigenetics, the Internet, and Our Own Minds Are Stimulating and Enhancing the Future of Mental Power*, Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, 2010.

Horwitz, Allan V. și Jerome C. Wakefield, *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*, New York: Oxford University Press, 2012.

—, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press, 2007.

Huizinga, Johan, *The Waning of the Middle Ages* [1924], Mineola, N.Y.: Dover Books, 1999 (vezi și *Sfârșitul Evului Mediu*, trad. de H.R. Radian, București: Humanitas, 2002 – n. tr.)

Hunt, Joseph McVicker, ed., *Personality and the Behavior Disorders: A Handbook Based on Experimental and Clinical Research*, New York: Ronald Press, 1944.

Hunt, Morton, *The Story of Psychology*, New York: Doubleday, 1993.

Hunter, Richard și Ida Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535–1860*, Hartsdale, NY: Carlisle Publishing, 1982.

Hustvedt, Siri, *The Shaking Woman; or, A History of My Nerves*, New York: Henry Holt, 2010.

Issroff, Judith, ed., *Donald Winnicott and John Bowlby: Personal and Professional Perspectives*, London: H. Karnac, 2005.

Izard, Carroll E., *Human Emotions*, New York: Plenum, 1977.

Jackson, Stanley W., *Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1986.

Jacobson, Edmund, *You Must Relax: A Practical Method for Reducing the Strain of Living* [1934], New York: Whittlessey House, 1942.

James, Oliver, *The Selfish Capitalist*, London: Vermilion, 2008.

James, William, *Principles of Psychology*, New York: Henry Holt, 1890.

—, *The Varieties of Religious Experience*, New York/London: Longmans, Green, 1902.

Jamison, Kay Redfield, *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*, New York: Vintage, 1995.

Janis, Irving L., *Air War and Emotional Stress: Psychological Studies of Bombing and Civilian Defense*, New York: McGraw-Hill, 1951.

Jaspers, Karl, *General Psychopathology*, vol. 1, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

Jaynes, Julian, *The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*, New York: Mariner Books, 1990 (copyright original 1976).

Johnson, Haynes, *The Age of Anxiety: From McCarthyism to Terrorism*, Orlando: Harcourt, 2005.

Jones Edgar și Simon Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, New York: Psychology Press, 2005.

Jordan, Jeanne și Julie Pederson, *The Panic Diaries: The Frightful, Sometimes Hilarious Truth About Panic Attacks*, London: Octopus Publishing Group, 2004.

Kagan, Jerome, *An Argument for Mind*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2006.

—, *Galen's Prophecy: Temperament in Human Nature*, New York: Basic Books, 1994.

—, *Psychology's Ghost: The Crisis in the Profession and the Way Back*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2012.

—, *Unstable Ideas: Temperament, Cognition, and Self*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989.

—, *What Is Emotion?*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2007.

Kagan, Jerome și Nancy Snidman, *The Long Shadow of Temperament*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2004.

Kahn, Jeffrey P., *Angst: The Origins of Anxiety and Depression*, New York: Oxford University Press, 2012.

Kardiner, Abram, *The Individual and His Society: The Psychodynamics of Primitive Social Organization*, New York: Columbia University Press, 1939.

Karen, Robert, *Becoming Attached: First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1994.

Karp, David A., *Is It Me or My Meds? Living with Antidepressants*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006.
Kasper, Siegfried, Johan A. den Boer și J.M. Ad Sitsen, ed., *Handbook of Depression and Anxiety*, ed. a II-a, New York: Marcel Dekker, 2003.
Kassirer, Jerome P., *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, Oxford: Oxford University Press, 2005.
Kaster, Robert A., *Emotion, Restraint, and Community in Ancient Rome*, New York: Oxford University Press, 2005.
Kendall, Joshua, *America's Obsessives: The Compulsive Energy That Built a Nation*, New York: Grand Central Publishing, 2013.
Kierkegaard, Søren, *The Concept of Anxiety: A Simple Psychologically Orienting Deliberation on the Dogmatic Issue of Hereditary Sin*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1980 (vezi și *Conceptul de anxietate*, trad. de Adrian Arsinevici, Timișoara: Amarcord – n. tr.).
—, *Fear and Trembling*, New York: Penguin Books, 1985 (vezi și *Frică și cutremur*, trad. de Leo Stan, București: Humanitas, 2002 – n. tr.).
Kirk, Stuart A. și Herb Kutchins, *The Selling of „DSM": The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New Brunswick, NY: Transaction Publishers, 1992.
Kirsch, Irving, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, New York: Basic Books, 2010.
Klausner, Samuel Z., ed., *Why Man Takes Chances: Studies in Stress-Seeking*, New York: Doubleday Anchor, 1968.
Kleinman, Arthur, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, New York: Free Press, 1988.
Kleinman, Arthur și Byron Goods, ed., *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley: University of California Press, 1985.
Kline, Nathan S., *From Sad to Glad: Kline on Depression*, New York: Putnam, 1974.
Kramer, Peter, *Freud: Inventor of the Modern Mind*, New York: Atlas Books/HarperCollins, 2006.
—, *Listening to Prozac*, New York: Viking, 1993.
Kuijsten, Marcel, ed., *Reflections on the Dawn of Counsciousness: Julian Jaynes's Bicameral Mind Theory Revisited*, Henderson, NV: Julian Jaynes Society, 2006.
Kurzweil, Edith, *The Freudians: A Comparative Perspective*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1989.
Kutchins, Herb și Stuart A. Kirk, *Making Us Crazy: „DSM"; The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York: Free Press, 1997.
Lane, Cristopher, *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*, New York: Warner Books, 1979.

Last, Cynthia, ed., *Anxiety Across the Lifespan: A Developmental Perspective*, New York: Springer, 1993.

Lazarus, Richard S., *Stress and Emotion: A New Synthesis*, New York: Springer, 1999.

Lazarus, Richard S. şi Bernice Lazarus, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, New York: Oxford University Press, 1994.

Leach, John, *Survival Psychology*, London: Palgrave Macmillan, 1994.

LeDoux, Joseph, *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, New York: Simon and Schuster, 1996.

LeGoff, Jacques, *Medieval Civilization*, Cambridge, Mass.: Basil Blackwell, 1988 (traducere a ediției franceze din 1964) (vezi și *Civilizația Occidentului medieval*, trad. de Maria Holban, București: Editura Științifică, 1970 – n. tr.).

Levy, David, *Maternal Overprotection*, New York: Columbia University Press, 1943.

Lewis, Marc, *Memoirs of an Addicted Brain: A Neuroscientist Examines His Former Life on Drugs*, New York: Public Affairs, 2012.

Lewis, Nolan, *A Short History of Psychiatric Achievement*, New York: W.W. Norton, 1941.

Lifton, Robert Jay, *The Protean Self: Human Resilience in an Age of Fragmentation*, New York: Basic Books, 1993.

Linton, Ralph, ed., *The Science of Man in the World Crisis*, New York: Oxford University Press, 1945.

Lloyd, G.E.R., ed., *Hippocratic Writings*, London: Penguin Books, 1983.

Lowrie, Walter, *A Short Life of Kierkegaard*, Princeton: N.J.: Princeton University Press, 1942.

Luhrmann, T.M., *Of Two Minds: An Anthropologist Looks at American Psychiatry*, New York: Vintage Books, 2000.

Lutz, Tom, *American Nervousness, 1903: An Anecdotal History*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1991.

MacArthur, John, *Anxiety Attacked: Applying Scripture to the Cares of the Soul*, Wheaton, Ill.: Victor Books, 1993.

—, *Anxious for Nothing, God's Cure for the Cares of Your Soul*, Colorado Springs, Colo.: Cook Communications Ministries, 2006.

MacDonald, Michael, *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

Makari, George, *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis*, New York: HarperCollins, 2008.

Malone, John C., *Psychology: Pythagoras to Present*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 2009.

Manchester, William, *Goodbye, Darkness: A Memoir of the Pacific War*, Boston: Back Bay Books, 2002.

Mannheim, Karl, *Man and Society in an Age of Reconstruction*, Harcourt, Brace, 1940.
Manning, Martha, *Undercurrents: A Life Beneath the Surface*, New York: HarperCollins, 1994.
Markel, Howard, *An Anatomy of Addiction: Sigmund Freud, William Halsted, and the Miracle Drug Cocaine*, New York: Pantheon, 2011.
Marks, Isaac M., *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety and Their Disorders*, New York: Oxford University Press, 1987.
Markway, Barbara G., Cheryl N. Carmin, C. Alec Pollard și Teresa Flynn, *Dying of Embarassment: Help for Social Anxiety and Phobia*, Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 1992.
Markway, Barbara G. și Gregory P. Markway, *Painfully Shy: How to Overcome Social Anxiety and Reclaim Your Life*, New York: St. Martin's Press, 2001.
Marmor, Judd și Sherwyn M. Woods, ed., *The Interface Between the Psychodinamic and Behavioral Therapies*, New York: Plenum Medical, 1980.
Marshall, John R., *Social Phobia*, New York: Basic Books, 1994.
Maudsley, Henry, *The Pathology of Mind*, New York: D. Appleton, 1860.
Mavissakalian, Matig și David H. Barlow, ed., *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: New York University Press, 1981.
May, Rollo, *The Discovery of Being*, New York: W.W. Norton, 1983 (vezi și *Descoperirea ființei*, trad. de Victor Popescu, București: Editura Trei, 2013 – n. tr.).
—, *Love and Will*, New York: W.W. Norton, 1969.
—, *Man's Search for Himself*, New York: W.W. Norton, 1953.
—, *The Meaning of Anxiety*, ed. revizuită, New York: W.W. Norton, 1977.
—, *Psychology and the Human Dilemma*, New York: W.W. Norton, 1979.
McEwen, Bruce, *The End of Stress as We Know It*, Washington, D.C.: Joseph Henry Press, 2002.
McGlynn, Thomas J. și Harry L. Metcalf, ed., *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders: A Physician's Handbook*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 1992.
McKay, Dean, Jonathan S. Abramowitz, Steven Taylor și Gordon J.G. Asmundson, *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for „DSM-V" and Beyond*, New York: Springer, 2009.
McLean, Peter D. și Sheila R. Woody, *Anxiety Disorder in Adults: An Evidence-Based Approach to Psychological Treatment*, New York: Oxford University Press, 2001.
Menninger, Karl, *The Human Mind*, ed. a III-a, New York: Alfred A. Knopf, 1946.
—, *Man Against Himself*, New York: Harcourt, Brace, 1938.
—, *Whatever Became of Sin?*, New York: Hawthorne Books, 1973.

Messer, Stanely B., Louis Sass și Robert Woolfolk, *Hermeneutics and Psychological Theory: Interpretive Perspectives on Personality, Psychotherapy, and Psychopathology*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1988.
Micale, Mark S., *Hysterical Men: The Hidden History of Male Nervous Illness*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2008.
Millon, Theodore, *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*, Hoboken, N.J.: Wiley, 2004.
Mohr, Jay, *Gasping for Airtime: Two Years in the Trenches of „Saturday Night Live"*, New York: Hyperion, 2005.
Morita, Shoma, *Morita Therapy and the True Nature of Anxiety-Based Disorders*, Albany: State University of New York Press, 1998.
Morris, Colin, *The Discovery of the Individual, 1050–1200*, Toronto: University of Toronto Press, 1972.
Mumford, Lewis, *The Condition of Man*, New York: Harcourt, Brace, 1944.
Murphy, Gardner, *Historical Introduction to Modern Psychology*, New York: Harcourt, Brace, 1949.
Newman, Paul, *A History of Terror: Fear and Dread Through the Ages*, Stroud: Sutton Publishing, 2000.
Niebuhr, Reinhold, *The Nature and Destiny of Man*, 2 vol., New York: Scribner, 1941–1943.
Northfield, Wilfrid, *Conquest of Nerves: The Inspiring Record of a Personal Triumph over Neurasthenia*, London: Fenland Press, 1933.
Opler, Marvin K., *Culture, Psychiatry, and Human Values: The Methods and Values of a Social Psychiatry*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher, 1956.
Oppenheim, Janet, *„Shattered Nerves": Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1991.
Parkes, Henry Bamford, *Gods and Men: The Origins of Western Culture*, New York: Alfred A. Knopf, 1959.
Pearson, Patricia, *A Brief History of Anxiety*, New York: Bloomsbury, 2008.
Percy, Walker, *Lancelot*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1977.
—, *The Last Gentleman*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1966.
—, *Lost in the Cosmos: The Last Self-Help Book*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1983.
—, *The Message in the Bottle: How Queer Man Is, How Queer Laguage Is, and What One Has to Do with the Other*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1975.
—, *The Moviegoer*, New York: Alfred A. Knopf, 1961.
—, *The Second Coming*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1980.
—, *Signposts in a Strange Land*, New York: Picador, 1991.
—, *The Thanatos Syndrome*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1987.
Peurifoy, Reneau, *Anxiety, Phobias, and Panic: A Step-by-Step Program for Regaining Control of Your Life*, New York: Warner Books, 1988.

Pfister, Oscar, *Christianity and Fear: A Study in the History and in the Psychology and Hygiene of Religion*, London: Unwin Brothers, 1948.
Phillips, Bob, *Overcoming Anxiety and Depression: Practical Tools to Help You Deal with Negative Emotions*, Eugene, Or.: Harvest House, 2007.
Piñero, José M. López, *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
Pinker, Steven, *How the Mind Works*, New York: W.W. Norton, 1997.
Pirenne, Henri, *Medieval Cities*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1925.
Pollino, Sandra M., *Flying Fear Free: 7 Steps to Relieving Air Travel Anxiety*, New York: New Horizon Press, 2012.
Porter, Roy, *Madness: A Brief History*, New York: Oxford University Press, 2002.
Pressman, Jack D., *Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1998.
Prinz, Jesse J., *Gut Reactions: A Perceptual Theory of Emotion*, Oxford University Press, 2004.
Prochnik, George, *Putnam Camp: Sigmund Freud, James Jackson Putnam, and the Purpose of American Psychology*, New York: Other Press, 2006.
Quammen, David, *The Reluctant Mr. Darwin*, New York: W.W. Norton Books, 2006.
Quinlan, Kieran, *Walker Percy: The Last Catholic Novelist*, Baton Rouge: Louisiana State University Press, 1996.
Quinodoz, Jean-Michel, *The Taming of Solitude: Separation Anxiety in Psychoanalysis*, London: Routledge, 1993.
Rachman, Stanley, *Anxiety*, East Sussex, U.K.: Psychology Press, 1998.
—, *Phobias: Their Nature and Control*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher, 1968.
Rachman, Stanley şi Padmal de Silva, *Panic Disorder: The Facts*, ed. a II-a, New York: Oxford University Press, 2004.
Radden, Jennifer, ed., *The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*, New York: Oxford University Press, 2000.
Radin, Paul, *Primitive Man as Philosopher*, New York: Dover Publications, 1957.
Rank, Otto, *The Trauma of Birth*, New York: Dover Editions, 1993 (ediția originală 1929).
Rapee, Ronald M., *Overcoming Shyness and Social Phobia*, Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 1998.
Raskin, Marjorie, *The Anxiety Expert: A Psychiatrist's Story of Panic*, Bloomington, IN: AuthorHouse, 2004.
Reich, Wilhelm, *The Mass Psychology of Fascism*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1970.

Reiser, Morton F., *Mind, Brain, Body: Toward a Convergence of Psychoanalysis and Neurobiology*, New York: Basic Books, 1984.
Restak, Richard, *Poe's Heart and the Mountain Climber: Exploring the Effects of Anxiety on Our Brains and Our Culture*, New York: Harmony Books, 2004.
Richardson, Robert D., *William James: In the Maelstrom of American Modernism*, Boston: Houghton Mifflin, 2006.
Riesman, David, *Abundance for What?*, Garden City, N.Y.: Doubleday, 1964.
—, *Individualism Reconsidered*, New York: Free Press, 1954.
—, *The Lonely Crowd*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1961.
Roazen, Paul, *Freud and His Followers*, New York: Da Capo Press, 1992.
Robin, Corey, *Fear: The History of a Political Idea*, Oxford: Oxford University Press, 2004.
Roccatagliata, Giuseppe, *A History of Ancient Psychiatry*, New York: Greenwood Press, 1986.
Roche Laboratories, *Aspects of Anxiety*, Philadelphia, PA: J.B. Lippincott, 1965.
Rorty, Amelie Oskenberg, ed., *Explaining Emotions*, Berkeley: University of California Press, 1980.
Rosenberg, Charles E. şi Janet Golden, ed., *Framing Disease: Studies in Cultural History*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1997.
Rousseau, G.S. şi Roy Porter, ed., *The Ferment of Knowledge: Studies in the Historiography of Eighteenth-Century Science*, Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
Rycroft, Charles, *Anxiety and Neurosis*, Middlesex, U.K.: Penguin Books, 1968.
Rygh, Jayne L. şi William G. Sanderson, *Treating Generalized Anxiety Disorder: Evidence-Based Strategies, Tools, and Techniques*, New York: Guilford Press, 2004.
Salecl, Renata, *On Anxiety*, London: Routledge, 2004.
Samway, Patrick, *Walker Percy: A Life*, Chicago, Ill.: Loyola Press, 1999.
Sapolsky, Robert M., *Monkeyluv and Other Essays on Our Lives as Animals*, New York: Scribner, 2005.
—, *Why Zebras Don't Get Ulcers*, New York: Henry Holt, 2004.
Sarason, Irwin şi Charles Spielberger, ed., *Stress and Anxiety*, vol. 2, 4 şi 5, Washington, D.C.: Hemisphere Publishing, 1975–1978.
Satel, Sally şi Scott O. Lilienfeld, *Brainwashed: How We Are Seduced by Mindless Neuroscience*, New York: Basic Books, 2013.
Saul, Helen, *Phobias: Fighting the Fear*, New York: Arcade, 2002.
Schelsinger, Arthur M., Jr., *The Cycles of American History*, Boston: Houghton Mifflin, 1986.
—, *The Vital Center: The Politics of Freedom*, Boston: Houghton Mifflin, 1949.
Schneier, Franklin şi Lawrence Welkowitz, *The Hidden Face of Shyness: Understanding and Overcoming Social Anxiety*, New York: Avon Books, 1996.

Schreber, Daniel Paul, *Memoirs of My Nervous Illness*, New York: New York Review of Books, 2000.

Schuster, David G., *Neurasthenic Nation: America's Search for Health, Happiness, and Comfort, 1869–1920*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2011.

Schwartz, Barry, *The Paradox of Choice: Why More Is Less*, New York: Harper-Perennial, 2004.

Seely, Karen M., *Therapy After Terror: 9/11, Psychotherapy, and Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

Selye, Hans, *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptations*, Montreal: Acta, 1950.

—, *The Stress of Life*, New York: McGraw-Hill, 1956.

—, *Stress Without Distress*, Signet, 1974.

Shapiro, David, *Neurotic Styles*, New York: Basic Books, 1965.

Sharpe, Katherine, *Coming of Age on Zoloft: How Antidepressants Cheered Us Up, Let Us Down, and Changed Who We Are*, New York: HarperPerennial, 2012.

Shawn, Allan, *Wish I Could Be There: Notes from a Phobic Life*, New York: Viking, 2007.

Shay, Jonathan, *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York: Scribner, 1994.

Sheehan, David V., *The Anxiety Disease*, New York: Bantam Books, 1983.

Shephard, Ben, *War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2001.

Shinder, Jason, ed., *Tales from the Couch: Writers on Therapy*, New York: William Morrow, 2000.

Shorter, Edward, *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*, New York: Oxford University Press, 2009.

—, *A History of Psychiatry: From the Age of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: Wiley, 1997.

—, *How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown*, New York: Oxford University Press, 2013.

Shute, Clarence, *The Psychology of Aristotle: An Analysis of the Living Being*, New York: Russell and Russell, 1964.

Simon, Bennett, *Mind and Madness in Ancient Greece: The Classical Roots of Modern Psychiatry*, Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1978.

Simon, Linda, *Genuine Reality: A Life of William James*, New York: Harcourt, Brace, 1997.

Slater, Lauren, *Prozac Diary*, New York: Random House, 1998.

Smail, Daniel Lord, *On Deep History and the Brain*, Berkeley: University of California Press, 2008.

Smith, Daniel, *Monkey Mind: A Memoir of Anxiety*, New York: Simon & Schuster, 2012.
Smith, Mickey C., *Small Comfort: A History of the Minor Tranquilizers*, New York: Praeger, 1985.
Smoller, Jordan, *The Other Side of Normal: How Biology Is Providing the Clues to Unlock the Secrets of Normal and Abnormal Behavior*, New York: William Morrow, 2012.
Snell, Bruno, *The Discovery of Mind in Greek Philosophy and Literature*, New York: Dover Publications, 1982 (publicată pentru prima oară în 1953).
Solomon, Andrew, *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*, New York: Scribner, 2001 (vezi și *Demonul amiezii: O anatomie a depresiei*, trad. de Dana-Ligia Ilin, București: Humanitas, 2014 – n. tr.).
Solomon, Robert, *What Is an Emotion? Classic and Contemporary Readings*, New York: Oxford University Press, 1984.
Spielberger, Charles D., ed., *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, vol. I, New York: Academic Press, 1972.
—, ed., *Anxiety and Behavior*, New York: Academic Press, 1966.
—, *Understanding Stress and Anxiety*, New York: Harper and Row, 1979.
Spielberger, Charles D. și Rogelio Diaz-Guerrero, ed., *Cross-Cultural Anxiety*, vol. 3, Washington: Hemisphere Publishing, 1986.
Spinoza, Baruch, *Ethics: Treatise on the Emendation of the Intellect*, Indianapolis: Hackett Publishing, 1992 (vezi și *Etica*, trad. de Alexandru Posescu, București: Humanitas, 2006 – n. tr.).
Stein, Dan J., *Clinical Manual of Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2004.
Stein, Dan J. și Eric Hollander, *Anxiety Disorders Comorbid with Depression: Social Anxiety Disorder, Post-traumatic Stress Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Obsessive Compulsive Disorder*, London: Martin Dunitz, 2002.
—, *Textbook of Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2002.
Stein, Murray B. și John R. Walker, *Triumph over Shyness: Conquering Shyness and Social Anxiety*, New York/London: McGraw-Hill, 2002.
Stekel, W., *Conditions of Nervous Anxiety and Their Treatment*, New York: Dodd, Mead, 1923.
Stepansky, Paul E., *Psychoanalysis at the Margins*, New York: Other Press, 2009.
Stone, Michael, *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*, New York: W.W. Norton, 1997.
Stoodley, Bartlett H., *The Concepts of Sigmund Freud*, Glencoe, Ill.: Free Press, 1959.
Strupp, Hans H., Leonard M. Horowitz și Michael J. Lambert, ed., *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 1997.

Sullivan, Paul, *Clutch: Why Some People Excel Under Pressure and Others Don't*, New York: Penguin Books, 2010.

Sulloway, Frank, *Freud, Biologist of the Mind*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1979.

Summers, Christina Hoff şi Sally Satel, *One Nation Under Therapy: How the Helping Culture Is Eroding Self-Reliance*, New York: St. Martin's Press, 2005.

Symonds, Percival M., *The Dynamics of Human Adjustment*, New York: Apple-Century-Crofts, 1946.

Szasz, Thomas S., *The Myth of Mental Illness*, New York: HarperPerennial, 1974.

Tallis, Raymond, *The Kingdom of Infinite Space: A Portrait of Your Head*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.

Tanielian, Terri şi Lisa H. Jaycox, ed., *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, Santa Monica, CA: RAND, 2008.

Taylor Manor Hospital, *Discoveries in Biological Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott, 1970.

Taylor, Steven, ed., *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

Thomson, Keith, *The Young Charles Darwin*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2009.

Tillich, Paul, *The Courage to Be*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 1952 (vezi şi *Curajul de a fi*, trad. de Sorin Avram Vîrtop, Bucureşti: Herald, 2007 – n. tr.).

—, *A Theology of Culture*, New York: Oxford University Press, 1959.

Tolson, Jay, ed., *The Correspondence of Shelby Foote and Walker Percy*, New York: W.W. Norton, 1997.

—, *Pilgrim in the Ruins: A Life of Walker Percy*, New York: Simon & Schuster, 1992.

Tone, Andrea, *The Age of Anxiety: A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*, New York: Basic Books, 2009.

Torrey, E. Fuller şi Judy Miller, *The Invisible Plague: The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2001.

Tseng, Wen-Shing, *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry*, San Diego: Academic Press, 2003.

Tuan, Yi-Fu, *Landscapes of Fear*, New York: Pantheon Books, 1979.

Twenge, Jean M., *Generation Me: Why Today's Young Americans Are More Confident, Assertive, Entitled – and More Miserable Than Ever Before*, New York: Free Press, 2006.

Valenstein, Elliot S., *Blaming the Brain: The Truth About Drugs and Mental Health*, New York: Free Press, 1998.

van den Berg, J.H., *The Changing Nature of Man: Introduction to Historical Psychology*, New York: W.W. Norton, 1961.

Vasey, Michael M. şi Mark R. Dadds, ed., *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, New York: Oxford University Press, 2001.

Wain, Martin, *Freud's Answer: The Social Origins of Our Psychoanalytic Century*, Chicago: Ivan R. Dee, 1998.

Wallin, David, *Attachment in Psychotherapy*, New York: Guilford Press, 2007.

Watt, Margo şi Sherry Stewart, *Overcoming the Fear of Fear: How to Reduce Anxiety Sensitivity*, Oakland, Calif.: New Harbinger, 2008.

Watters, Ethan, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, New York: Free Press, 2010.

Weatherhead, Leslie D., *Prescription for Anxiety: How You Can Overcome Fear and Despair*, London: Pierce and Washabaugh, 1956.

Weekes, Claire, *Hope and Help for Your Nerves*, New York: Signet, 1969.

Wehrenberg, Margaret şi Steven Prinz, *The Anxious Brain: The Neurological Basis of Anxiety Disorders and How to Effectively Treat Them*, New York: W.W. Norton, 2007.

Wellman, Lee, *My Quarter-Life Crisis: How an Anxiety Disorder Knocked Me Down, and How I Got Back Up*, Boston: Tucket Publishing, 2006.

Wender, Paul H. şi Donald F. Klein, *Mind, Mood, and Medicine: A Guide to the New Biopsychiatry*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1981.

Wexler, Bruce E., *Brain and Culture: Neurobiology, Ideology, and Social Change*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 2006.

Whitaker, Robert, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York: Crown, 2010.

Wilkinson, Richard şi Kate Pickett, *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*, London: Bloomsbury, 2010.

Winik, Jay, *The Great Upheaval: America and the Birth of the Modern World, 1788–1800*, New York: HarperCollins, 2007.

Wolf, Stewart şi Harold Wolff, *Human Gastric Function: An Experimental Study of Man and His Stomach*, New York: Oxford University Press, 1943.

Wolfe, Barry E., *Understanding and Treating Anxiety Disorders*, Washington, D.C.: American Psychological Association, 2005.

Wood, Gordon, *The Radicalism of the American Revolution*, New York: Random House, 1991.

Wullschlager, Jackie, *Hans Christian Andersen: The Life of a Storyteller*, New York: Penguin Books, 2000.

Wurtzel, Elizabeth, *Prozac Nation*, Boston: Houghton Mifflin, 1994.

Yapko, Michael D., *Depression Is Contagious: How the Most Common Mood Disorder Is Spreading Around the World and How to Stop It*, New York: Free Press, 2009.

Young, Allan, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995.

Young-Bruehl, Elisabeth, *Anna Freud*, ed. a II-a, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.

Zane, Manuel D. şi Harry Milt, *Your Phobia: Understanding Your Fears Through Contextual Therapy*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1984.

Zeman, Adam, *A Portrait of the Brain*, New Haven, Conn.: Yale University Press, 2008.

Zilboorg, Gregory, *A History of Medical Psychology*, New York: W.W. Norton, 1941.

Zolli, Andrew şi Ann Marie Healy, *Resilience: Why Things Bounce Back*, New York: Free Press, 2012.

Scott Stossel conferă acestei povestiri profunzime, inteligență și perspectiva care i-ar putea lumina mulți ani de acum încolo pe cei ce suferă în tăcere. —ELIZABETH GILBERT

Admirabil făcută... Inteligentă, interesantă și bine scrisă.

—The New Yorker

Lămuritoare, mobilizatoare... Curajoasă și... potențial terapeutică.

—The Washington Post

Cartea aceasta aruncă o lumină nu doar asupra unei boli anume, ci și asupra condiției umane care-i dă naștere. *—The Wall Street Journal*

Pornind de la propria sa luptă cu anxietatea, Scott Stossel retrasează în această carte o lungă istorie medicală, culturală, filozofică și socială, de la Galen și Hipocrate, trecând prin Robert Burton și Kierkegaard, Darwin, William James și Freud, până în prezent. Explorând ceea ce treptat s-a cristalizat conceptual și clinic ca anxietate, de la medicina antică, încă legată de filozofie, până la neuroștiințele și genetica din ultimele decenii, Stossel ne oferă numeroase exemple de bolnavi celebri, precum și o galerie (autoironică și savuroasă) de portrete de familie. Tabloul oferit de Stossel este complet, informat, empatic: nenumăratele forme de manifestare clinică ale anxietății; impactul lor asupra vieților bolnavilor și ale celor din jurul lor, asupra societății în ansamblu; cauzele biologice, culturale și sociale ale bolii; cele mai diverse încercări de a aborda boala și bolnavii, uneori dincolo de limita fraudei medicale; uriașele costuri materiale și umane. Dar și modalitățile de a lupta cu anxietatea, de a o ține sub control și de a putea ajunge sau reveni astfel la viața relativ normală.

ISBN 978-973-50-6575-1